BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR FÉLIX BRICHETEAU

Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris, Vice-Président de la Société anatomique,
Secrétaire général de la Société médicale d'observation,
Membre de la Société d'hydrologie et de la Société d'anthropologie,
Rédacteur en chef.

TOME SOIXANTE-TREIZIÈME.



PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL,

5, RUE THÉRÈSE, N° 5.

1867

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi des injections, et en particulier des injections iodées, dans le traitement de l'ascite (¹);

Par le docteur Ernest BESNIER, médecin des hôpitaux de Paris.

Les succès obtenus dans certaines circonstances par le développement d'une phlegmasie artificielle au sein d'une cavité séreuse naturelle ou accidentelle, et notamment de la séreuse testiculaire, devaient naturellement faire naître des tentatives analogues pour le péritoine ; mais il eût été facile de prévoir que les résultats obtenus ne seraient pas absolument les mêmes, l'analogie physiologique et pathologique étant loin d'être parfaite. Il y a déjà longtemps que les premières tentatives ont été faites dans cette voie, que des novateurs ardents, trop ardents même, ont multiplié les expériences, exalté leurs succès ; mais il a été jusqu'ici impossible de faire entrer cette thérapeutique dans la pratique commune, et l'on pourrait fréquenter pendant plusieurs années les services divers des nombreux hôpitaux et hospices de la ville de Paris sans rencontrer un seul médecin qui l'applique, un seul professeur qui l'enseigne. La revue très-rapide à laquelle nous allons nous livrer, et dont nous donnerons dans un travail plus étendu et plus complet tous les éléments, montrera clairement que l'extrême répugnance des uns est la conséquence naturelle de l'enthousiasme exagéré des autres, en même temps qu'elle ouvrira une voie nouvelle aux expérimenta-

(¹) Extrait du tome VI du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, qui vient de paraître.

tions thérapeutiques sur un terrain préparé par l'un des plus savants et des plus habiles médecins de la province, le docteur Teissier (de Lyon).

La tentative la plus ancienne et la plus élémentaire qui ait été faite dans le but clairement formulé de déterminer une *irritation substitutive* de la séreuse péritonéale consista, par imitation de ce qui était fait pour l'hydrocèle, à promener sur différents points de la surface séreuse un stylet ou une sonde introduits par la canule du trocart. Un des médecins qui ont proposé cette pratique (Chaudon, 1819) avait été conduit à cette idée par la considération d'un cas d'ascite guérie à la suite des manœuvres de la kélotomie. Mais si le principe méritait d'être pris en considération, son mode d'exécution n'était guère acceptable, et c'est ce que disait à ce sujet, en 1819, avec la plus grande raison, Parent, chargé de faire un rapport sur le fait en question : « Si nous avons, disait-il, le moyen de déterminer une irritation quelconque, avons-nous celui de la limiter, et de l'amener au degré précis que nous voulons obtenir? Malheureusement ces moyens manquent et manqueront encore longtemps à la médecine; et quand nous pourrions les acquérir, serions-nous assez heureux pour pouvoir distinguer si l'hydropisie est le résultat d'une lésion organique, ou si elle est essentielle, cas malheureusement très-rare, et dans lequel seulement ce moyen pourrait être essayé avec quelque espoir de réussite ? » Sages paroles, qui n'empêchèrent pas plus tard (Vassal, 1833) d'irriter le péritoine à l'aide de la canule du trocart, et de déterminer ainsi des accidents auxquels le malade faillit succomber, — ou encore de proposer (Belmas cité par Valleix) « de porter dans le péritoine un *sac de baudruche* vide que l'on souffle ensuite, ou qu'on remplit de liquide de manière à irriter, suivant qu'on le juge convenable, une plus ou moins grande étendue de la séreuse. » Quant à l'idée et à la pratique des *injections corroborantes ou irritantes* dans la cavité péritonéale, elle est bien antérieure à l'époque de l'introduction de l'iode dans la thérapeutique; mais, comme le fait remarquer Velpeau dans la très-remarquable partie de sa *Médecine opératoire* qui traite de la paracentèse, les premières observations, sans en excepter aucune, sont insuffisantes ou ne paraissent concerner que des hydropisies enkystées; les liquides employés avaient été « un mélange d'eau-de-vie camphrée, d'aloès et de myrrhe, — du vin rouge et de l'eau de goudron, etc. » Vers 1819, Bretonneau et Velpeau, après quelques expériences faites sur des chiens, injectèrent dans la cavité péritonéale d'un ascitique une certaine quantité d'eau

« fortement chargée de muriate de soude. » Le malade succomba, mais, dit Velpeau, « aux progrès de son hydropisie, et parce qu'une partie du liquide qui s'était épanchée dans les parois du ventre y fit naître un érysipèle gangréneux. » Plus tard, M. Cloquet, pratiquant dans une hydrocèle congénitale une injection alcoolique, aurait involontairement poussé l'injection jusque dans l'abdomen sans qu'il en soit résulté d'autres effets fâcheux que quelques symptômes momentanément inquiétants.

Après ces tentatives se rangent des essais plus importants par l'idée qui les inspirait et qui commençait à se dégager plus nettement que par leur valeur intrinsèque : nous voulons parler des injections de « *vapeur vineuse* » de Gobert et de Lhomme (1824-1826). Les relations de ces faits sont incomplètes et défectueuses à tous égards; leurs auteurs n'ont pas de notion bien exacte sur ce que peut être une « vapeur » de vin, et il est impossible de savoir au juste ce qui a été injecté dans la cavité péritonéale. Le premier de ces médecins annonce deux guérisons sur deux cas; le second, une sur deux; puis les choses ne vont pas plus loin, et les auteurs eux-mêmes rentrent dans le silence. De 1831 à 1832, Roosbrck, Rul-Ogez, Craninkx, Broussais, pratiquent des injections avec le *protoxyde d'azote;* comme dans les expériences précédentes, le résultat immédiat ne différa pas de celui qui était obtenu avec les simples injections d'air, et, bien que les auteurs annoncent encore trois succès sur quatre, on voit se reproduire ce même phénomène singulier, à savoir que les contemporains n'ont aucune tendance à les imiter, et que les auteurs eux-mêmes cessent de faire connaître le résultat de leur pratique à cet égard. On comprendrait, à la rigueur, la réserve des contemporains, mais le découragement de novateurs qui n'ont eu que des succès reste un mystère inexplicable. Mêmes remarques pour les *injections alcooliques* faites par Jobert en 1833, lesquelles ne paraissent avoir été ni imitées par personne, ni même renouvelées par l'auteur, qui les considérait cependant comme des succès. L'année suivante (1834), Vivielle, dans un cas d'ascite paludéenne, injecta dans la cavité péritonéale d'un ascitique *trois litres d'eau tiède*, et répéta l'injection jusqu'à ce qu'il ne sortît plus que de l'eau pure par la canule; il retira tout le liquide, puis laissa en place la canule maintenue par un bandage de corps; le deuxième jour, même injection; le troisième et le cinquième, injections avec *décoction de quinquina;* il survient alors de la douleur abdominale, de la fièvre, mais le liquide ne se renouvelle pas; le malade sort de l'hôpital guéri, et Vivielle

ajoute que la guérison s'est maintenue. Inutile d'ajouter que, comme tous les précédents, ce fait reste isolé.

Six ans plus tard, en 1840, Dieulafoy (de Toulouse), pratique pour la première fois une *injection iodée* abdominale, ayant pour but de guérir une ascite par une action analogue à celle que l'on cherchait déjà à cette époque à obtenir dans d'autres cavités séreuses. Le diagnostic fut, pour ce cas, vigoureusement contesté, et on pensa que l'injection avait été pratiquée dans un kyste abdominal ; mais ce détail a peu d'importance au point de vue de la priorité de l'idée et de l'application, et bien que quelques prétentions accessoires et détournées aient été émises, c'est à Dieulafoy et à lui seul que les injections d'iode dans la cavité péritonéale doivent être rapportées. De 1840 à 1846, les publications périodiques contiennent quelques exemples de tentatives analogues, mais toujours à l'état isolé ; en 1847 et 1849, la question publiquement formulée est mise au concours par la Société de médecine de Toulouse, « et, dit Gintrac, les deux lauréats de ce concours, Borelli, professeur à l'Université de Turin, et Abeille, établirent quelques indications et contre-indications de cette méthode dans l'ascite ; mais les faits relatifs à son emploi n'étaient pas alors assez nombreux pour légitimer une opinion décisive et formuler un précepte didactique. » En 1850, à Paris, la question fut portée devant la Société de chirurgie, par Boinet ; le rapporteur, Morel-Lavallée, sans justifier suffisamment son appréciation, se montra favorable aux opinions émises par le présentateur ; mais la Société elle-même ne ménagea pas à l'un et à l'autre travail les justes critiques qui furent formulées par Debout, Vidal (de Cassis), Giraldès, Gosselin, Forget et Marjolin. Il avait été un peu trop oublié, suivant la très-juste remarque de Marjolin, que c'était là une question *médico*-chirurgicale dont la partie *médicale* était par trop négligée. On avait omis, comme le montrait Vidal (de Cassis), de comparer les résultats fournis par l'injection iodée aux résultats obtenus par les autres modes de traitement, et entre autres aux ponctions simples et suffisamment répétées, lesquelles sont parfois suivies de succès même tardifs, et il rapportait à l'appui de son assertion l'observation faite par lui d'un sujet qui supporta vingt ponctions inutilement, et qui guérit enfin à la vingt et unième. « Or, ajoute Vidal, ces exemples ne sont pas rares, et il faudrait signaler les *insuccès* comme on s'empresse de signaler les succès par les injections iodées ; il faudrait, en un mot, comparer les résultats des ponctions simples ou sans injection à ceux des ponctions composées ou avec injections.

Dans la séance suivante (22 mai 1850), Debout rapporta un fait d'injection péritonéale iodée, appartenant à Bazin, dans lequel la douleur occasionnée immédiatement par l'injection iodée fut peu vive, mais dans lequel les symptômes d'une péritonite intense se déclarèrent le lendemain et furent constatés à l'autopsie. Dans les années qui suivent immédiatement, la pratique des injectious iodées, toujours très-restreinte à Paris, surtout dans la médecine publique, se propage assez activement dans certaines régions des départements, et, notamment à Lyon, Toulouse, Bordeaux, elle trouve dans le corps médical si éminent de ces grands centres d'ardents défenseurs, et fait de nombreux prosélytes parmi les élèves de leurs hôpitaux. En 1853, d'ailleurs, la question des injections iodées dans le péritoine avait reparu devant la Société de chirurgie, à l'occasion d'un mémoire de Prestat (de Pontoise) sur l'utilité des injections iodées « dans certaines affections chirurgicales, » parmi lesquelles deux cas d'ascite traités l'un avec succès, l'autre sans résultat par ces injections. Pour le premier de ces cas, dit Monod, chargé de faire un rapport sur le travail du praticien distingué que nous venons de nommer, « l'injection iodée a évidemment guéri le malade; mais il faut avouer qu'il s'en est fallu de peu qu'elle n'ait produit un résultat tout opposé. » De plus, aux faits de Prestat, Monod en ajouta deux autres tirés de sa pratique privée, dans lesquels le succès paraît également avoir été certain, au moins pour l'un d'eux. Cette fois la question des injections iodées ne rencontra pas dans la Société de chirurgie la même opposition que quelques années auparavant; personne ne réclama la parole pour discuter les faits présentés, ni pour les approuver, si ce n'est M. Boinet.

Pendant la même période et pendant la suivante, les auteurs classiques se tiennent dans une très-sage et très-légitime réserve qui ne saurait être trop hautement approuvée. « Nous accordons volontiers, disent Hardy et Béhier, que les injections péritonéales ont été quelquefois innocentes, et que même quelques-unes ont été suivies de guérison; mais les observations citées par M. Boinet, et qui appartiennent à divers auteurs, ne sont pas toutes concluantes. Dans plusieurs d'entre elles, les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on eût pu être assuré de la guérison définitive. D'un autre côté, nous sommes véritablement étonnés du peu d'insuccès déclarés dans ces tentatives thérapeutiques (3 cas sur 23). Ce petit nombre d'échecs, cette constance d'innocuité à la suite des injections, nous paraissent si extraordinaires et si peu en rapport avec ce qui est arrivé à d'autres observateurs, que nous sommes

portés à penser qu'on a caché les cas malheureux. Comment alors juger une méthode thérapeutique dont on ne publie que les succès? .... Ces succès si nombreux sont d'ailleurs en opposition avec les résultats obtenus par M. Aran, qui a tenté récemment cinq fois les injections iodées dans l'ascite, et qui chez un malade a déterminé une péritonite rapidement mortelle. Comment, d'ailleurs, concevoir la guérison de l'épanchement ascitique, maladie secondaire, toujours consécutive à une autre affection ordinairement organique, et qui, persistant après l'injection, doit déterminer une nouvelle sécrétion du liquide? Aussi, malgré les observations rapportées par M. Boinet, nous pensons, jusqu'à preuve contraire, qu'on doit être circonspect dans l'emploi des injections péritonéales appliquées au traitement curatif de l'ascite, et qu'on ne doit se fier ni à l'innocuité, ni à l'efficacité de ce moyen thérapeutique. » — La suspicion émise avec tant de modération et de convenance scientifiques par les éminents médecins dont nous venons de rappeler le jugement était, en effet, et reste encore parfaitement légitime à l'égard des principes et des faits sur lesquels s'appuient la plupart des partisans de l'injection iodée, telle qu'elle est encore comprise par le plus grand nombre. On ne saurait, d'autre part, accorder aucune valeur aux arguments puisés en faveur de cette méthode dans l'utilité et l'innocuité des injections iodées dans la tunique vaginale ou dans les cavités kystiques. La considération de ces faits peut éveiller l'idée d'une analogie thérapeutique; mais elle est évidemment insuffisante pour la justifier et l'établir. Aucune de ces séreuses, en effet, n'est physiologiquement ni pathologiquement assimilable exactement à la séreuse péritonéale, et le fussent-elles, que l'étendue de cette dernière, la variété et l'importance des organes qu'elle revêt, le nombre et la variété des lésions qui peuvent l'intéresser, rendraient toute comparaison *à priori* abusive. De même encore, nous infirmons absolument les arguments que l'on a essayé de retirer de la pathologie vétérinaire, à l'exemple d'Henri Gintrac, qui, parlant de l'innocuité des injections péritonéales, s'exprime ainsi : « A l'appui de cette innocuité, je citerai des expériences faites sur des chevaux. Leblanc et A. Thierry ont injecté chez ces animaux 35 fois de l'eau iodée (15 fois dans les articulations, 7 fois dans les bourses muqueuses, 10 fois dans les gaînes tendineuses, 2 fois dans les plèvres), et jamais ils n'ont observé d'accidents. *Donc* les faits puisés dans la pathologie humaine et dans l'hippiatrique viennent déposer en faveur de l'innocuité des injections iodées. » Or, il n'aura pas échappé au lecteur que ces expériences

sont faites sur diverses séreuses, *excepté* sur la séreuse dont il importe de connaître la tolérance, et que de semblables arguments ne peuvent avoir aucune valeur. La vérité, pour ce qui concerne le péritoine, la voici telle qu'elle est formulée par le professeur Reynal : « S'il est vrai que les injections iodées dans le péritoine sont quelquefois innocentes et procurent la guérison, il ne faut pas dissimuler qu'elles entraînent souvent des dangers ;... aussi pensons-nous que les praticiens agiront avec une sage circonspection en réservant les injections iodées pour les cas d'ascite qui ont résisté aux autres moyens thérapeutiques. » Si nous avons accordé quelques développements à cette critique, c'est que, dans le cas même où les injections iodées seraient en réalité une méthode digne d'être adoptée par les praticiens, le *procédé scientifique* que l'on a presque généralement employé jusqu'ici pour le démontrer est défectueux et doit être redressé : il est tout à fait exceptionnel que les auteurs d'observations particulières aient pris soin de justifier d'une manière authentique l'exactitude de leur diagnostic ; or, cette garantie préalable est indispensable, non-seulement pour établir que l'on a eu affaire à une ascite, mais encore que le moyen employé était suffisamment légitimé par la nature de cette ascite. Quiconque étudiera d'une manière approfondie les observations publiées (et surtout les observations de succès, car les autres sont en petit nombre) ne tardera pas à acquérir la conviction qu'un certain nombre de malades ont été guéris *malgré* l'injection, et que pour toute une autre catégorie, la maladie guérie n'est pas incontestablement celle que l'on a cru guérir. Nous avons nous-même établi que l'ascite était plus commune chez la femme que chez l'homme ; mais qui pourrait admettre une différence aussi énorme que celle qui serait accusée par le chiffre des observations, si celles-ci n'étaient sujettes à contestation ? Sur les 5 faits relatés dans la thèse d'Oré (1852), 4 ont été observés chez des femmes, 1 seulement chez l'homme ; thèse de Dard (1854), 7 observations, 7 femmes ! thèse de Gouzy (1863), 7 observations, 5 femmes, 2 hommes, etc. S'agit-il de l'authenticité de la guérison et de sa constatation définitive, combien d'observations trouverait-on irréprochables à cet égard ? Et que sont devenus les malades qui ont été perdus de vue rapidement ?

La plupart des auteurs qui ont traité des injections iodées dans l'ascite se sont étendus longuement sur le mécanisme de la guérison par l'iode, les uns admettant que le développement d'une péritonite adhésive est le procédé et la condition de la terminaison dé-

finitivement favorable, les autres parlant d'une modification physique ou fonctionnelle de la séreuse, sans travail phlegmasique; quelques-uns, enfin, supposant que la combinaison de l'iode avec les éléments de la sérosité ascitique en modifie la composition moléculaire d'une manière qui facilite à la fois la résorption de l'épanchement et son élimination au dehors. Un premier fait, malheureusement incontestable, c'est que l'iode, injecté dans une certaine proportion, détermine une péritonite purulente à marche suraiguë et rapidement mortelle. Quant aux cas moins malheureux dans lesquels la péritonite thérapeutiquement développée put être conjurée, les phénomènes observés pendant la vie, et les autopsies pratiquées à un intervalle plus ou moins long (faits de Jules Roux, de Vigla, etc.), démontrent que la phlegmasie a été le point de départ d'adhérences plus ou moins étendues et plus ou moins solides. Il est enfin une troisième catégorie de faits dans lesquels la guérison est survenue sans qu'il paraisse s'être développé dans la séreuse aucun travail réellement phlegmasique. Cette dernière constatation, dont l'importance n'a peut-être pas été suffisamment comprise, pourrait, si elle se confirmait définitivement, faire entrer la méthode des injections iodées péritonéales dans une nouvelle phase et la rendre acceptable, pour un certain nombre de cas définis, par l'universalité des praticiens. S'il est possible, en effet, d'obtenir la guérison sans travail péritonitique, toutes les tentatives qui ne sont pas à l'abri de ce résultat ne devront être accueillies qu'avec défiance, et tout l'intérêt doit se reporter sur les procédés qui sont de nature à assurer l'innocuité de l'opération. C'est en effet une chose grave que de conseiller aux praticiens d'avoir recours à une méthode thérapeutique qui, n'étant en principe applicable qu'à des cas d'ascite curable, peut déterminer une phlegmasie péritonéale dont le degré ne peut jamais être prévu ni sûrement modéré avec les règles qui ont été données par la plupart des auteurs; et nous avons peine à croire que l'on puisse persuader à beaucoup de cliniciens « que la sensibilité du péritoine soit émoussée par un travail lentement phlegmasique ou par le contact longtemps prolongé d'un épanchechement, » alors qu'ils savent avec trop de certitude que cette phlegmasie se déclare, au contraire, avec la plus grande facilité, dans ces circonstances, sous la plus légère influence. Il faut le dire cependant, malgré toutes les restrictions que nous émettons à l'égard de l'innocuité des injections iodées, telles qu'elles ont été le plus ordinairement pratiquées, il est incontestable, d'autre part, que ces injections n'ont pas donné lieu aussi fréquemment qu'on aurait

été porté à le supposer *à priori*, à une péritonite mortelle, et que dans quelques-uns des cas où cette phlegmasie a été positive, elle est restée purement adhésive. Nous pensons également que la raison de cette bénignité ne doit pas être principalement cherchée dans quelque tolérance particulière de la séreuse pour les liquides irritants, mais bien dans l'atténuation presque inévitable de l'injection par son mélange et sa combinaison avec la quantité, quelquefois très-considérable, de liquide qui est laissée dans le péritoine après la ponction, ce qui revient à dire que les injections iodées ne sont vraisemblablement innocentes qu'à la condition d'être plus ou moins *neutralisées* par leur union à la sérosité ascitique, et leur *décomposition* au moyen de ses éléments. Mais ces injections, alors qu'elles sont assez convenablement pratiquées pour que ce mélange s'opère sûrement, conserveront-elles une action curative? La réponse paraît pouvoir être faite affirmativement, d'après les observations de Teissier (de Lyon), dont la méthode consiste à *laisser dans le péritoine une partie de la sérosité, à examiner la nature du liquide retiré par la ponction, et à faire l'injection plus ou moins chargée de principes médicamenteux, suivant qu'on trouve le liquide neutre ou alcalin, qu'il contient peu ou beaucoup d'albumine, qu'il est clair ou visqueux, qu'il contient du sang ou du pus : l'injection doit être faite lentement et avec douceur, de manière à ne pas être projetée directement sur le péritoine viscéral.* Le savant médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'élève, avec la plus grande raison, contre les injections iodées formulées à l'avance d'une manière fixe et identique pour tous les cas, et voici les règles de sa pratique telles qu'elles ont été exposées dans un mémoire remarquable, le meilleur assurément qui ait été fait sur la question et de beaucoup le plus important, par R. Philippeaux. Quand le liquide est clair, citrin, peu alcalin, peu albumineux, M. Teissier, guidé par le résultat des expériences faites par Bonnet et par lui, injecte dans le péritoine 20, 25 ou 30 grammes au plus de teinture d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium. Quand la sérosité est notablement albumineuse, hématique ou purulente, ou bien encore très-alcaline, il injecte 40 à 50 grammes de teinture d'iode et 4 grammes d'iodure. Enfin, quand la matière de l'épanchement est très-gluante (ce qui, faisons-nous remarquer, doit être bien rare), quand elle contient une quantité considérable d'albumine ou de matière muco-extractive, il injecte une solution aqueuse faite avec : eau, 100 grammes ; iode, 6 ou 8 grammes ; ou bien une forte solution d'iodure de potassium (20 grammes

pour 100 d'eau). Ces préceptes, que nous engageons vivement le lecteur à puiser à leur source même (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLV, 1853), sont évidemment inspirés par le plus grand et le plus judicieux sens pratique ; ils n'ont pas jusqu'ici reçu de vulgarisation suffisante, et nous nous attachons d'autant plus à les mettre en saillie que c'est à leur mise en œuvre, ultérieurement peut-être perfectionnée ou modifiée s'il y a lieu, que sera due la généralisation des injections péritonéales dans la mesure que les faits permettront de leur assigner. On sera, en effet, encouragé à tenter une opération qui n'aura plus pour effet de projeter à la surface du péritoine une quantité plus ou moins considérable de liquide irritant, mais seulement de mélanger et de combiner à la sérosité ascitique une quantité d'iode insuffisante, par sa combinaison même (formation d'iodure de sodium et de potassium, etc.), à produire une phlegmasie péritonéale dangereuse, mais capable peut-être, sous cette forme nouvelle, de faciliter la résorption de l'épanchement, de modifier l'état de la séreuse en pénétrant dans le système vasculaire sous-séreux, et d'agir en outre d'une manière générale, puisque ce médicament, introduit par cette voie, est absorbé avec rapidité, comme le démontre l'élimination par les reins, élimination dont la rapidité et l'abondance ont été considérées comme des signes pronostiques favorables.

Ce que nous avons dit de la pratique de Teissier (de Lyon) nous dispense d'indiquer ici les diverses doses de teinture d'iode, presque toujours excessives, qui ont été proposées par les divers auteurs, cette dose devant varier suivant chaque cas particulier, ne pouvant être fixée qu'après avoir *essayé* le liquide déjà évacué, et, ajoutons-nous, devant être mesurée aussi d'après la *quantité* approximative de sérosité laissée dans la cavité péritonéale. On comprend d'ailleurs qu'en prenant la précaution de commencer l'injection pendant que le liquide hydropique s'écoule encore par la canule du trocart, en poussant cette injection lentement et avec douceur, ce n'est pas en réalité sur la séreuse que sera faite l'injection, mais bien au milieu de la masse liquide qui la transformera graduellement au moyen d'une malaxation méthodique en un liquide de composition entièrement différente et plus apte par son origine même à être toléré par la séreuse péritonéale.

Dans un cas du genre de ceux dont nous traitons en ce moment, le premier et le plus urgent devoir nous paraît être de ne pas nuire, et la première injection peut et doit être faite à doses minimes, sauf à élever cette dose par la suite si le résultat a paru nul. En effet,

les succès obtenus par la méthode de Teissier et ceux que d'autres médecins ont enregistrés à la suite d'injections pratiquées dans des circonstances analogues, quoique non préméditées, permettent de penser que l'on obtiendra par cette pratique ce qu'il est possible d'attendre de l'iode dans la thérapeutique de l'ascite, et ils font comprendre, en outre, que les indications de cette thérapeutique en pourront être considérablement étendues. Si d'une part, en effet, ces injections restent à peu près absolument exclues de toute une catégorie d'ascites chroniques liées à des lésions organiques incurables, il est évident qu'elles pourront, à la condition que leur innocuité soit démontrée, être appliquées plus largement et plus tôt aux cas dans lesquels, bien que les médications ordinaires soient demeurées infructueuses, la nature de la condition pathogénique reste douteuse et sa curabilité incertaine. Dans cette dernière hypothèse même, il ne faudrait pas toutefois s'exagérer outre mesure l'importance du rôle que cette médication est appelée à jouer, car il ne saurait échapper que, selon la déclaration même de ses plus ardents promoteurs, l'indication n'en devient formelle que dans les circonstances où l'ascite est, pour nous servir de l'expression habituelle, essentielle, ou au moins ne s'accompagne d'aucune lésion actuelle grave. Or, c'est précisément à cette catégorie, et à cette catégorie seule, que les méthodes thérapeutiques directement dirigées contre l'ascite peuvent emprunter leurs succès, et l'indication de l'injection iodée sera toujours restreinte aux cas rebelles aux médicaments communs, dans lesquels l'ascite semble par elle-même, par sa persistance et par la rapidité de sa reproduction, menacer positivement l'existence du malade.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement de la syphilis. — Discussion à la Société de chirurgie.

Depuis plusieurs semaines déjà, une discussion qui intéresse à un haut point les praticiens est ouverte au sein d'une des premières sociétés savantes de Paris, la Société de chirurgie. Il s'agit du traitement de la vérole. — Avant d'en présenter à nos lecteurs une vue d'ensemble, nous avons attendu qu'elle touchât à sa fin, et que les principaux organes de cette Société, assurément de toutes la plus compétente en cette matière, quoi qu'en pense et qu'en dise

M. Diday, de Lyon, aient eu le temps d'exprimer leur opinion.

Bien que souvent déjà la question de l'utilité du mercure dans le traitement de la syphilis ait été soulevée, bien que peu d'arguments nouveaux aient été fournis de part et d'autre, il n'en est pas moins important de constater l'état de la science sur une question qui intéresse, ainsi que l'a dit M. Perrin, non-seulement la santé et la vie de l'individu, mais encore l'avenir de la race elle-même. Ces discussions ont d'ailleurs toujours l'avantage de fournir aux praticiens l'occasion d'affirmer publiquement et de s'affirmer à eux-mêmes leurs opinions parfois indécises.

La syphilis guérit-elle sans mercure? Le mercure est-il utile, est-il indispensable dans le traitement de la syphilis? est-il le spécifique de la vérole?

C'est à l'occasion d'un mémoire de M. de Saint-Germain sur l'érosion chancreuse que cette grave question de thérapeutique a été soulevée par M. Dolbeau. Nous allons exposer successivement les opinions des différents chirurgiens qui ont fourni les arguments pour et contre le mercure; nous verrons ensuite les enseignements qu'en doit retirer la pratique.

Dans son rapport, M. Dolbeau avait formulé ses idées nettement [1]: le mercure ne rendait aucun service dans la syphilis; le bichromate de potasse, expérimenté par lui, ne valait pas mieux. Telle était du moins la conclusion qu'on devait tirer à la lecture de son mémoire. Invité au début de la discussion par M. le président à formuler ses conclusions, à fixer les points du débat, M. Dolbeau fut beaucoup moins radical. « Ma pensée, dit-il, n'a point été bien comprise : on a dit que je prenais la parole pour démontrer l'inefficacité du mercure dans le traitement de la syphilis secondaire. Telle n'est pas ma manière de voir; je n'ai point eu la pensée de nier l'importance d'une médication que je considère comme très-énergique. » Malgré cette phrase bien explicite, M. Dolbeau n'est pas convaincu, car il ajoute : « Le mercure n'étant point un antisyphilitique, et son emploi n'étant pas toujours sans inconvénient, j'aurais *certaine tendance* à ne point conseiller ce médicament dans le traitement de la syphilis secondaire. » Or, M. Dolbeau, n'employant jamais le mercure contre l'accident primitif, opposant l'iodure de potassium aux accidents tertiaires, peut donc être considéré comme un ennemi du mercure.

---

[1] Voir le *Bulletin de Thérapeutique*, numéro du 30 mars 1867, t. LXXI, p. 250.

Quoi qu'il en soit, les questions posées étaient les suivantes :

1° Doit-on administrer le mercure dans la vérole ?

2° Faut-il administrer le mercure aussitôt qu'on a reconnu la nature infectante du chancre ?

3° Faut-il attendre l'apparition des accidents secondaires ?

Viennent ensuite plusieurs questions incidentes relatives à la durée, au mode du traitement.

M. Cullerier, dont chacun connaît la compétence sur cette question, attend l'apparition des accidents secondaires pour commencer le traitement antisyphilitique. Voici ce qu'il pense de la médication mercurielle :

« Le mercure n'est pas un préservatif de la syphilis : il en attaque seulement les manifestations plus énergiquement que toute autre médication.

« Je suis donc partisan du mercure, bien que je reconnaisse que certains symptômes cutanés et muqueux peuvent disparaître sans l'intervention de ce médicament. Il suffit d'avoir observé dans la pratique nosocomiale, pour être pénétré de cette vérité : c'est ainsi que j'ai vu bon nombre de fois, tant à l'hôpital de Lourcine qu'à celui du Midi, des individus dans l'adolescence ou dans l'âge adulte nous arrivant avec des plaques muqueuses, de la roséole, ou même avec une syphilide papuleuse non encore traitée, être pris dès leur entrée d'une maladie aiguë intercurrente, fièvre typhoïde, pleurésie, arthrite ou autres, pendant lesquelles il était impossible de songer au traitement spécifique, et chez ces individus, les accidents syphilitiques avoir entièrement disparu pour ne plus jamais se reproduire, sans que pourtant ils aient pris la moindre quantité de mercure ; on connaît aussi l'éloignement invincible de certains malades de la pratique particulière pour les préparations hydrargyriques, qu'ils ont en horreur, et pourtant beaucoup d'entre eux guérissent sans elles.

« Mais comme tous les malades n'ont pas le même bonheur, comme le médecin ne sait jamais jusqu'où ira une syphilide, même légère à son début, la prudence doit l'emporter sur la théorie et sur les préventions, et si l'on a dans ses mains, sinon l'antidote, du moins le meilleur médicament qu'on ait jusqu'à présent à lui opposer, ce serait être coupable que de ne pas y avoir recours. »

M. Maurice Perrin a, selon son habitude, prononcé devant la Société un discours très-bien fait, fort spirituel et instructif à la fois. M. Perrin fait peu de théories, peu d'hypothèses, il examine les faits avec son esprit si net, et conclut toujours sagement.

C'est sur quatre cent soixante-dix cas observés et traités par lui au Val-de-Grâce qu'il a appuyé ses idées. Moitié des malades seulement avaient pris du mercure. Voici les conclusions de M. Perrin quant au traitement préventif :

« Ce traitement ne m'a donné qu'un résultat tout à fait négatif : que le malade ait été soumis au mercure ou abandonné à de simples soins hygiéniques, l'accident primitif avec sa pléiade ganglionnaire symptomatique a suivi la même marche, et les premières manifestations constitutionnelles ne m'ont paru modifiées ni dans l'époque de leur apparition, ni dans leur forme, ni dans leur gravité. Ce fait important ne laisse aucun doute dans mon esprit. Le traitement préventif est sans objet. On a protesté et on protestera encore contre cette proposition.

« Ainsi, l'un de nos honorables collègues, qui croit au traitement préventif, nous a rappelé que c'était au moment de l'incendie qu'il fallait employer les pompiers. Oh ! sans contredit ; mais encore faut-il que l'incendie existe, et que les pompiers aient de l'eau dans leurs pompes. C'est précisément ce qu'il faudrait démontrer ; car si, d'aventure, le mercure est inutile à ce moment, comme le croit M. Dolbeau, comme ma modeste expérience me l'enseigne, comme le pensent beaucoup d'observateurs, à quoi sert d'appeler les pompiers? Raisonner ainsi, n'est-ce pas admettre comme démontré ce qui précisément est en litige ? Pour mon compte, je ne saurais admettre, jusqu'à meilleure information, une influence quelconque du traitement préventif sur la marche de l'accident primitif et sur l'évolution ultérieure de la syphilis. »

L'opinion de M. Perrin tend beaucoup à se généraliser. M. Perrin est moins net lorsqu'il s'agit des accidents secondaires, c'est-à-dire de l'infection syphilitique. Le mercure, dit-il, est impuissant à modifier cet état de l'organisme, inconnu dans sa nature, qui représente la diathèse syphilitique. Comment M. Perrin peut-il le savoir ? Il peut d'autant moins le savoir que le mercure agit très-efficacement, suivant lui, pour faire disparaître les accidents secondaires. Du reste, peu nous importe que le mercure agisse ou non sur la diathèse, du moment où il en détruit les manifestations.

M. Perrin termine ainsi :

« Le mercure me paraît sans inconvénient sérieux et, à plus forte raison, sans danger dans le traitement de la syphilis.

« Pas d'inconvénients d'un côté, avantages secondaires de l'autre : telle est la double considération qui me conduit à continuer

l'usage du mercure dans le traitement curatif des accidents secondaires.

« Comme conclusion, voici donc quelle serait ma pratique, jusqu'à meilleure information :

« 1° Traiter l'accident primitif localement et attendre;

« 2° Traiter les accidents secondaires par la pommade mercurielle à la dose quotidienne de 4 grammes, en y ajoutant comme correctif le chlorate de potasse en potion et en gargarisme ;

« 3° Limiter le traitement à la durée même des accidents pour lesquels il a été institué ;

« 4° Recourir au même moyen, employé de la même façon, à l'époque de chaque récidive. »

Tout en n'étant pas fanatique du mercure, M. Perrin en est donc partisan.

M. Verneuil est monté à la tribune, poussé par une conviction profonde. Il croit à l'efficacité du mercure donné à toutes les périodes de la syphilis. On doit, suivant lui, l'administrer le plus tôt possible dès que la nature infectante du chancre est reconnue. Examinant ensuite les reproches que l'on a adressés au mercure, il dit :

« On parle de la chloro-anémie, de la défibrination du sang; mais la syphilis elle-même ne produit-elle pas d'ordinaire ces états pathologiques, et faut-il répéter pour la centième fois que des malades pâles et défaits reprennent des couleurs et des forces par le seul fait de l'ingestion du mercure, qui modifie si vite et si bien la syphilis secondaire? C'est là ce qu'on observe tous les jours à Lourcine.

« On invoque éternellement la salivation ; mais, en vérité, c'est un fantôme. M. Guérin nous disait qu'elle était fort rare ; je suis entièrement de son avis, et je ne me rappelle pas l'avoir vue naître et acquérir une gravité quelconque depuis que j'exerce, et dans les quatre années que j'ai passées dans les hôpitaux de Lourcine et du Midi. Accuser le mercure de produire la chute des dents et des cheveux, c'est faire un anachronisme ou emprunter les fins de non-recevoir du vulgaire.

« Il y a dans tout ceci ou un parti pris ou une exagération regrettable : le mercure n'est ni plus ni moins dangereux qu'une foule d'autres médicaments, et les préjugés du vulgaire ne sont pas plus fondés à son endroit qu'à celui de l'arsenic, qui, lui aussi, possède le triste privilége de jeter l'effroi dans les esprits timorés.

« Que reste-t-il de toutes les déclamations passées et présentes ? Peu de chose. L'immense majorité des praticiens, et je dis des plus

savants, des plus habiles et des moins routiniers, continuent à donner le mercure; ils en surveillent l'usage avec soin, le manient avec prudence et sagacité, et, n'observant plus ces accidents terribles toujours invoqués, ils se rassurent et attendent, la conscience tranquille, des arguments plus nouveaux, des accusations mieux fondées, des preuves plus décisives. Ainsi faites-vous, messieurs, pour la plupart; ainsi fais-je moi-même. »

M. Verneuil termine son discours et le résume par les conclusions suivantes :

« 1° La syphilis doit être traitée dès que le diagnostic en est posé ; il n'y a aucun avantage à attendre.

« 2° Si l'expectation éclaire le médecin sur l'évolution et le degré de gravité du mal, en revanche elle expose à perdre un temps précieux pendant lequel le virus s'installe commodément dans l'économie et altère profondément les éléments anatomiques et les humeurs.

« 3° Le traitement doit être longuement et patiemment poursuivi, parce que la syphilis est une maladie de longue durée, dont la guérison exige environ deux années.

« 4° La syphilis, sans doute, peut guérir spontanément ; mais le cas paraît assez rare, et ne peut point être prévu d'avance. Si le traitement est inutile, il ne paraît pas avoir d'inconvénient sérieux. L'incertitude règne ici comme dans le champ entier de la thérapeutique; et, du moment qu'on ne nuit pas, on peut agir sans scrupules.

« 5° Jusqu'à nouvel ordre, le mercure reste le modificateur le plus puissant de la syphilis dans ses premières périodes. Si son action directe sur le virus n'est pas prouvée, il est toutefois démontré qu'il modifie avantageusement les manifestations isolées et successives du mal général.

« 6° Au moins aussi efficace que tout autre moyen dans les véroles de moyenne intensité, il est indispensable et ne saurait être remplacé dans les syphilides graves ou tenaces, dans la syphilis viscérale, dans la vérole des femmes enceintes et des nouveau-nés.

« 7° Le traitement mercuriel bien dirigé, avec le concours de moyens adjuvants tirés de l'hygiène, du régime et de la classe des toniques, est, dans l'immense majorité des cas, tout à fait innocent; il importe donc de faire cesser à son égard les préjugés de la foule. Il est très-rare qu'on ne parvienne pas à faire tolérer le mercure grâce aux ressources actuelles de la matière médicale.

« 8° Le problème de la cure de la syphilis sans mercure n'est

donc point encore résolu, et rien n'indique qu'il le soit prochainement.

« 9° Le bichromate de potasse ne paraît avoir sur le mercure aucune supériorité évidente. »

M. Velpeau est venu apporter l'appui de sa parole et de son expérience à la médication mercurielle, presque exclusivement employée, du reste, par les médecins.

« J'ai pu me convaincre, dit-il, que la syphilis guérit assez souvent seule, mais que le mercure est le plus souvent indispensable pour arriver à un bon résultat. J'ai dès lors considéré la syphilis comme un poison qui, en s'introduisant dans l'organisme, peut y causer de grands ravages, mais qui est susceptible aussi d'être détruit par les efforts de la nature. Tout dépendrait des conditions de santé des individus et de la nature du virus.

« J'ai fait des expériences comparatives et j'ai constaté qu'un certain nombre de malades, près de la moitié, guérissaient spontanément; chez les autres, la maladie résistait et le mercure seul pouvait en triompher.

« Le mercure est le seul remède contre la sypbilis ; les faits le démontrent. Par exemple, un malade a des bubons qui vont croissant, je lui fais prendre la liqueur de Van Swieten, et au bout de trois ou quatre jours les ganglions diminuent, si bien que, après trois semaines de traitement, tout est terminé.

« Je ne puis, pour ma part, accepter que la vérole guérisse mieux seule qu'avec l'intervention du mercure. On a proposé l'iodure de potassium ; pour que ce médicament agisse, il est nécessaire que le mercure ait imprégné tout d'abord l'économie. »

M. Velpeau recommande ensuite de continuer le traitement pendant au moins trois mois.

Poursuivant l'exposé succinct des opinions des différents orateurs, nous rencontrons M. Desprès, qui a pris dans la discussion une place spéciale, tellement spéciale qu'il est resté absolument seul de son avis. M. Desprès refuse toute espèce d'action au mercure dans la sypbilis, ou plutôt, non, il lui en reconnaît une, mais nuisible. En donnant le mercure, tous les médecins, d'après M. Desprès, ne font que suivre une déplorable routine. Qu'il ait affaire à des accidents primitifs, secondaires ou tertiaires, peu importe, jamais il n'administre le mercure. Les malades, débilités par l'empoisonnement syphilitique, ont besoin d'un traitement tonique et réparateur. Aussi, bien manger, bien dormir, se reposer complétement, vivre, selon l'expression de M. Desprès, de la vie de

l'enfance, voilà le traitement de la syphilis. En admettant que tout individu atteint d'un chancre infectant puisse suivre le régime, agréable évidemment, mais souvent difficile à exécuter de M. Després, il est incontestable qu'il doit singulièrement contribuer à la guérison. Personne n'a jamais contesté cela. Suffit-il toujours ? voilà la vraie question. Mais exposons les opinions de M. Després, nous jugerons plus tard.

M. Després a prononcé deux longs discours : le premier pour développer son opinion ; le second pour réfuter les objections de MM. Depaul et Panas. Il s'appuie sur la statistique faite dans son service à l'hôpital de Lourcine, où il avait reçu 234 malades depuis février 1866 jusqu'en février 1867.

M. Després oppose au mercure les raisons suivantes :

« Les malades en traitement dans mon service peuvent être ainsi groupées :

« Revenues non guéries après un traitement mercuriel, 16 sur 59, soit 28 pour 100.

« Revenues après avoir été traitées par le traitement tonique plus ou moins complet, 6 sur 59 (en comptant les malades chez qui le mercure avait été administré déjà une fois inutilement), soit 10 pour 100.

« Voyons maintenant les résultats du traitement pendant et après le séjour de mes malades à l'hôpital. Sur 95 malades traitées par les toniques et les reconstituants pendant un temps que j'ai jugé suffisant, 7 sont revenues avec des récidives de plaques muqueuses ; une d'entre elles avait déjà pris autrefois et inutilement du mercure.

« Sur 101 malades traitées par les toniques et les reconstituants pendant un temps variable, soit parce que les malades sortaient malgré moi, soit parce qu'il s'agissait de maux légers et guéris en peu de temps, 8 sont revenues ; parmi ces 8 malades, 6 étaient du nombre des malades sorties avant que j'eusse jugé leur traitement suffisant.

« Cela nous donne, dans le premier cas, 7 sur 95, soit 7,4 pour 100 ; dans le second cas, 8 sur 101, soit 7,8 pour 100, et en réunissant les deux groupes de malades, 9,8 pour 100.

« J'ai traité 13 malades par le mercure seul ou associé passagèrement au bichromate de potasse ; 2 malades qui avaient pris pendant six et trois mois de la liqueur de Van Swieten et du protoiodure de mercure, sont revenues avec des récidives, une était partie non guérie. Cela nous donne une proportion de 15 pour 100.

« Ainsi, les malades traitées par la médication tonique ne reviennent pas plus que les malades traitées par le mercure, et ne sont pas plus gravement malades. Loin de là. »

Examinant ensuite les malades syphilitiques de l'hôpital Saint-Louis, M. Desprès a constaté qu'un bon nombre avaient subi antérieurement un traitement mercuriel qui n'avait pas empêché la récidive, — pas plus, et moins, au contraire, que le régime tonique et reconstituant. Il cite quelques faits de syphilis que le mercure n'a pas améliorées, et d'autres qu'un bon régime seul a guéries.

M. Desprès termine ainsi :

« Je crois que le traitement tonique est le traitement physiologique de la syphilis, que les traitements mercuriels qui réussissent sont ceux qui sont associés à un très-bon régime tonique, qui est alors seul véritablement efficace.

« Jusqu'à ce qu'il me soit démontré par des observations, par des statistiques bien faites et qui renversent les nôtres, que le mercure, qui, dans certains cas, produit si vite la salivation, agit aussi promptement sur les accidents syphilitiques généraux; que le mercure atténue mieux toute espèce de syphilis que la médication tonique et reconstituante, je dirai : Les médecins ont prescrit le mercure en copiant Rhasès, qui le donnait dans l'impétigo; ils raisonnent d'après l'hypothèse non justifiée de Swediaur (la possibilité du mélange du mercure avec le venin dans le sang, et une action chimique directe sur le venin); ils suivent une tradition par habitude, oubliant les tendances qui, depuis quatre siècles, s'opposent à l'administration du mercure; Van Swieten, condamnant les frictions mercurielles et les salivations provoquées préconisées par Boerhaave; l'école de Montpellier, cherchant à pallier les effets du mercure en proportion des excès d'action débilitante de ce médicament; Hunter même et M. Diday, montrant que des syphilis peuvent guérir seules. Quant à nous, qui parlons après ceux-ci, nous ne croyons pas qu'un médicament empirique, n'agissant pas à volonté et devant l'expérience journalière pour arrêter la syphilis, puisse être un contre-poison spécifique de la vérole; nous jugeons inutile d'employer, dans les infections, un médicament qui fait corps étranger dans le sang, ne s'assimile à aucune humeur et qui, lorsqu'il n'exerce point sur la bouche une action perturbatrice fâcheuse, ne sollicite ni ne suspend l'exercice régulier d'aucune fonction. »

M. Depaul conteste énergiquement la statistique de M. Desprès. Pour lui, elle n'a aucune espèce de valeur, parce que M. Desprès

n'a pas mis un temps suffisant à suivre les malades; parce qu'il n'a pas fait une étude comparative assez prolongée du traitement mercuriel et de l'expectation.

« Notre collègue, ajoute M. Depaul, attache trop d'importance à ce que lui disent les malades ; ce ne sont pas là des observations sérieuses, et quand M. Desprès conclut que le mercure est insuffisant, je crois qu'il n'est pas fondé dans ses raisons.

« On a parlé d'un malade qui avait pris cinq cents pilules ; je serais disposé à croire que, si cet individu n'a point guéri, c'est peut-être parce qu'il avait pris trop de mercure.

« M. Desprès a défendu ici une vieille théorie qui consiste à admettre que les différentes manifestations de la syphilis sont le résultat d'efforts salutaires que la nature ferait pour débarrasser l'organisme; de là cette conclusion, qu'il faut se contenter, pour guérir les malades, d'employer le traitement tonique et réparateur. Cette théorie attend encore une démonstration, et cela serait-il, qu'il serait fautif de laisser faire la nature. Abandonnez les malades et ils perdront le nez ; vous verrez le voile du palais et la voûte palatine se perforer, etc.

« Des expériences récentes n'ont point confirmé cette autre théorie, dans laquelle on admet que le mercure fluidifie le sang, fait diminuer la quantité de fibrine; on sait, d'une manière certaine, que le mercure agit d'une façon toute spéciale sur les productions pathologiques de la syphilis : il fait disparaître les néoplasmes.

« Je pourrais encore citer, en faveur du traitement mercuriel, la guérison rapide de certaines céphalées persistantes, la disparition de tumeurs multiples de la langue, etc. Je crois que l'expérience démontre que le mercure est un des agents les plus certains de la thérapeutique. »

M. Desprès a refusé toute espèce d'action au mercure, même dans les cas de syphilis chez les femmes grosses ou de syphilis des enfants ; ce sont ces assertions que M. Depaul s'est surtout proposé de combattre. — « Je vais supposer, dit-il, un certain nombre de cas qui rappellent bien ce qui se passe habituellement dans la pratique.

« Un premier cas est le suivant : une femme a eu la syphilis il y a longtemps; elle devient grosse, voici ce qui peut survenir. La femme peut aller jusqu'à son terme et mettre au monde un enfant sain, quoique ce soit l'exception. Plus souvent la grossesse est interrompue par la mort du fœtus, et la femme accouche d'un enfant

mort depuis un temps variable. Parfois l'enfant peut naître vivant, mais il présente des accidents syphilitiques. En vue de toutes ces terminaisons, on consulte le médecin.

« Si, dans ces conditions, on administre le mercure, la grossesse suit son cours, et c'est ainsi que l'on a vu des femmes mettre au monde un enfant vivant après avoir fait antérieurement deux, trois et jusqu'à cinq fausses couches. Des faits analogues ont été observés par tous les praticiens, et ce serait nier l'évidence que de se refuser à reconnaître l'efficacité du traitement mercuriel.

« D'autres fois, voici comment le problème se pose : une femme bien portante devient enceinte ; pendant le cours de cette grossesse elle contracte la syphilis. L'expérience m'a démontré que l'enfant subissait d'autant plus l'action de la syphilis que l'infection de la mère était de date récente; plus la syphilis est ancienne et plus il y a de chance pour que l'enfant échappe à l'influence du virus.

« Si l'on administre le mercure dans les cas de syphilis récente, le résultat est certain, l'enfant viendra vivant. Je réponds donc par l'affirmative à cette question que l'on nous adresse : Faut-il administrer le traitement mercuriel aux femmes enceintes?

« Quant aux enfants syphilitiques, il faut également les traiter; on peut même dire que le mercure agit dans ces cas d'une façon presque merveilleuse. Il y a deux ans, à la suite d'une vaccination malheureuse, sept enfants furent infectés; tous furent traités pendant six semaines, deux mois, et tous ont guéri ; depuis, deux ont succombé à des maladies intercurrentes. En présence de faits semblables, il n'est pas possible de mettre en doute l'utilité de la médication. »

M. Panas, l'ancien collègue de M. Després à l'hôpital du Midi, est également venu soutenir la médication mercurielle, en montrant que si M. Després observe dans son service moins de malades rentrant pour récidive, cela peut être dû à d'autres causes qu'à une guérison complète : l'abstention de traitement, par exemple, dans les salles de M. Després, qui ne convient peut-être pas à tous les malades.

M. Diday, de Lyon, élève de M. Ricord, et dont l'autorité est grande en cette matière, a développé ensuite ses idées sur le traitement de la syphilis; mais l'analyse de son discours trouvera mieux sa place dans l'étude synthétique que nous ferons de cette importante discussion dans le prochain numéro.

Nouvelles opérations de fistule vésico-vaginale par la méthode américaine, suivies de guérison;

Par A. Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Je publie six nouvelles observations de fistules vésico-vaginales traitées avec un succès complet. Toutes les malades dont il est question, excepté une, ayant été opérées deux fois, c'est en réalité onze opérations dont je présente les résultats.

La première série de faits publiés précédemment [1] ne renfermant en quelque sorte que des cas simples, je me suis attaché à ne rassembler dans celle-ci que des cas compliqués.

Obs. I. *Fistule vésico-vaginale de cinq centimètres, datant de quatre ans, chez une femme de trente ans, avec oblitération de l'urèthre et adhérences vagino-pubiennes. — Hernie considérable de la vessie.— Deux opérations : difficultés de la suture, hémorrhagie, sonde à demeure. — Durée du traitement : quatre mois. — Guérison.*— Léonie V***, épouse C***, de Clairan (Gard), âgée de trente ans, m'est adressée le 26 avril 1865, par le docteur Dumas (de Lédignan), pour se faire opérer d'une fistule vésico-vaginale.

Cette femme, développée fort tard, réglée à vingt ans, mariée à vingt-deux, est accouchée péniblement d'un premier enfant vers la fin de 1859.

Le 18 juillet 1861, elle ressentit les douleurs d'un second enfantement ; mais ce ne fut que quatre jours après, à la suite de nombreuses manœuvres, que le produit de la conception sortit par morceaux. Immédiatement après, la malade sentit s'écouler l'urine. Un mois après cet accouchement, le docteur Zaleski (de Sauve) fut consulté par la malade pour un œdème des membres inférieurs et pour cette perte d'urine; celui-ci l'examina, la sonda et diagnostiqua une fistule vésico-vaginale. Après avoir cherché vainement depuis lors la guérison de divers côtés, et n'avoir obtenu d'autre résultat que le rétablissement du canal de l'urèthre, dont l'oblitération fut reconnue par les premiers médecins qui la soignèrent, la malade vint à Montpellier réclamer l'opération.

Voici le résultat de cet examen : la fistule est située à trois centi-

---

[1] Voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXIX, p. 298.

L'étendue de ce travail, que l'on trouvera dans le *Montpellier médical,* nous empêche de le reproduire tout entier, mais nous avons tenu à publier quelques observations qui montreront à nos lecteurs la pratique de l'habile chirurgien de Montpellier.

mètres du méat urinaire et occupe une étendue transversale de 45 à 50 millimètres. Elle s'étend moins du côté droit que du côté gauche, où sa lèvre antérieure a des adhérences avec le pubis, et la postérieure avec la lèvre antérieure du col utérin. Cette particularité fait prévoir une grande difficulté dans l'opération. Je pense même dès ce moment qu'elle ne pourra être faite qu'en deux fois, tant sera grande la difficulté d'aviver et de passer les fils dans le côté gauche. Du reste, le col est volumineux et mobile, circonstances favorables au succès de l'opération.

28 avril. Bain, baume du Samaritain sur les parties génitales et les cuisses.

30 avril. Purgation avec 30 grammes de sel d'Epsom. Lavement huileux.

1er mai. Le matin, bouillon huileux; lavement huileux. A deux heures et demie, opération. La malade est chloroformisée et couchée sur le dos. On avive d'abord la lèvre antérieure, surtout dans le côté gauche, qui offre une grande difficulté; un cathéter est introduit dans la vessie pour relever la muqueuse vésicale, qui, dans la position de la malade, bouche en grande partie l'ouverture de la fistule; on pratique ensuite l'avivement de la lèvre postérieure, qui s'étend et comprend même une partie de la lèvre antérieure du col. L'avivement dura une heure. L'hémorrhagie, assez abondante, est arrêtée au moyen de la glace et de l'eau de Léchelle. Huit points de suture sont placés, dont cinq profonds avec l'aiguille de Startin, et trois superficiels au moyen de la petite aiguille de Sims.

L'opération dura deux heures; la malade fut placée sur son lit; une sonde fut laissée à demeure. Limonade.

2. La malade a passé une bonne nuit. La sonde a bien coulé; les urines sont un peu sanguinolentes, mais abondantes; la sonde est changée à neuf heures. Le soir, les urines sont claires et glaireuses; la sonde est changée à six heures. La malade n'est point mouillée. Quelques cuillerées de bouillon de temps en temps; 10 centigrammes extrait thébaïque en dix pilules, à prendre de deux en deux heures.

3. La nuit a été bonne; la sonde est resté bouchée par les matières muqueuses pendant deux ou trois heures; lorsqu'on l'a changée, la vessie contenait de l'urine. A neuf heures, lotion au coaltar saponiné. Mêmes prescriptions.

4. La sonde a été changée dans la nuit. A neuf heures, lotions vaginales au coaltar; chocolat léger; dix autres pilules; lavage le

soir ; la vessie garde une certaine quantité d'urine pendant qu'on lave la malade.

5. La malade a bien dormi. A neuf heures, lotions; tout va bien. Mêmes prescriptions. Le soir on examine au spéculum, et après que la sonde a été placée, une fois le lavage fait, on sent que l'urine a une légère odeur de coaltar.

6. Les sondes se sont fortement incrustées depuis hier. Le spéculum introduit montre que quelques gouttes d'urine doivent sortir du côté gauche de la fistule probablement. Lotion coaltarisée; toute la ligne de suture est badigeonnée avec un pinceau passé sur le nitrate. Mêmes prescriptions.

7. On enlève tous les fils ; on remarque une petite ouverture à gauche ; on change plusieurs fois la sonde dans la journée.

8. Le spéculum montre que plus des trois quarts de la fistule sont réunis; on introduit un stylet dans l'ouverture du côté gauche. Nourriture plus substantielle. Pilules.

9. Même état. La ligne de réunion est touchée au nitrate d'argent.

10. Je cherche, en relevant la lèvre antérieure du col un peu plus qu'elle ne l'est, à fermer cette petite ouverture ; pour cela, je gratte assez fortement avec les ciseaux et place cinq points de suture ; la malade ne se plaint point. Sonde ; pilules, peu de nourriture.

11. La malade n'est pas mouillée. Lavage. Le soir, quelques légères coliques. Peu de nourriture.

12. Même état ; nouvelles coliques. Une petite cuillerée huile de ricin.

13. La malade est allée du corps deux heures après avoir pris l'huile de ricin, elle y est allée avec coliques et efforts. Les cinq points de suture du 10 mai ont été relâchés, à l'exception d'un seul. Je crois devoir enlever les quatre autres. Sonde. Bonne nourriture.

14. On remarque une éruption purulente sur les parties génitales ; on y met de la pommade faite avec 1 gramme précipité rouge et 30 grammes axonge; on prévoit que les règles vont venir. Lavage avec de l'eau tiède coaltarisée.

15 au 18. Les règles coulent. On change de temps en temps la sonde ; lavages. Bonne nourriture.

19. L'état est le même qu'il était le 10 mai. Le col reste toujours en rapport avec la lèvre antérieure de la fistule, mais l'urine s'échappe en petite quantité du côté gauche. L'éruption a di-

minué. On permet à la malade de se lever et de prendre de la nourriture.

20 mai au 1er juin. On fait des injections tous les jours.

1er juin. La malade va passer quelques jours chez elle. A son départ, on ne découvre de trajet fistuleux que du côté gauche, dans la partie située contre l'arcade pubienne. Les trois quarts restants de la fistule sont bien réunis; le col reste rapproché de la lèvre antérieure de la fistule et de l'arcade pubienne. On prescrit à la femme des lotions au coaltar, des pilules de Blaud et une bonne nourriture.

19. La malade revient après avoir eu ses règles, qui sont venues sans douleur et ont duré trois jours. La fistule est dans le même état que lorsqu'elle est partie, il y a du côté gauche deux petites ouvertures séparées par une bride cicatricielle très-forte, elles n'ont pas plus de cinq à six millimètres pour toutes les deux. Les tissus n'ont pas encore pris leur ton habituel, ils sont saignants au moindre contact. Je conseille à la malade d'attendre encore un mois.

30 juillet. La malade revient dix jours après ses règles, elle est dans un très-bon état. Purgation avec 30 grammes de sel d'Epsom.

31. L'opération commence à neuf heures. La malade est couchée sur le dos et non chloroformisée. L'avivement est fait largement avec le couteau droit et les ciseaux; l'hémorrhagie est arrêtée avec la glace et l'eau de Léchelle. Il a duré quarante-cinq minutes. On laisse reposer la malade pendant dix minutes. On essaye de faire placer la malade sur les coudes et les genoux, mais cette manière permet moins que l'autre de placer les fils. Cette difficulté m'avait suggéré, au moment de l'opération, l'idée de faire fabriquer une aiguille tubulée à courbure perpendiculaire à l'axe [1], dans le genre de celle de Deschamps. La malade couchée sur le dos, je place les points de suture avec l'aiguille courbe de Startin, je les serre à mesure qu'ils sont placés. L'opération est terminée à onze heures et demie. Une sonde est laissée à demeure. Potion calmante.

1er août. Bien. La sonde est changée. Potion.

2. Injections deux fois par jour. Bouillon léger.

3 au 5. Même état et mêmes prescriptions; la malade n'est point mouillée.

---

[1] Voyez la description de cette aiguille dans mon *Traité pratique des maladies de l'utérus*, p. 1052.

6. Deux fils sont enlevés; tout est bien réuni. La potion est supprimée. Nourriture plus abondante.

7. Les autres fils sont enlevés. Bouillon, vin; repos absolu.

8. Les règles reviennent sur le soir.

9. Tout va bien. Les règles s'arrêtent le soir, elles ont duré vingt-quatre heures environ.

10. Examen. Tout est bien réussi. Lotions. Bonne nourriture. La sonde est encore à demeure.

11. Tout va bien, on permet à la malade de se lever.

17. La malade part parfaitement guérie. La guérison est constatée par une injection de lait dans la vessie.

Assistaient à l'opération : MM. les docteurs Dumas (de Lédignan), Jaumes fils, Sabatier, Rancurel, Gosset, Masse, Gayraud, etc.

Obs. II. *Fistule vésico-vaginale de huit millimètres, datant de deux ans, chez une femme de vingt-huit ans, ayant déjà subi une première opération infructueuse. — Tissu cicatriciel dur et épais bordant la fistule et formant une excroissance. — Deux opérations : pas de chloroformisation; sonde à demeure. — Durée du traitement : deux mois. — Guérison.* — Rose B***, épouse S***, de Saint-Pons (Hérault), vingt-huit ans, tempérament lymphatique, constitution assez robuste, entre à l'Hôpital-Général le 3 décembre 1865, pour se faire opérer d'une fistule vésico-vaginale.

Réglée à quinze ans, mariée à vingt-cinq, elle n'a eu aucune maladie sérieuse ni diathésique jusqu'aujourd'hui. Le 25 décembre 1863, on fut obligé de retirer avec le forceps un fœtus qui était resté engagé pendant cinq jours. Ce ne fut qu'environ quinze jours après que la malade perdit involontairement l'urine; depuis lors elle n'a jamais pu en garder une goutte dans la vessie, quelque position qu'elle prît. Au mois d'avril 1864, elle se présenta dans un hôpital pour se faire opérer, mais on constata une grossesse de six mois, bien que la malade n'eût vu manquer ses règles que depuis deux mois. Elle fut renvoyée et accoucha au bout de trois mois d'un enfant qui ne vécut que quinze jours; l'accouchement fut facile et n'augmenta pas, au dire de la malade, l'étendue de la fistule primitive. Deux mois après, elle retourna dans cet hôpital, où l'on entreprit une opération qui demeura infructueuse. Elle vint alors me consulter, et je lui conseillai de ne pas toucher à la fistule avant deux mois. En conséquence, elle retourna chez elle, et ne vint se faire opérer qu'au commencement de décembre 1865, époque à laquelle elle entra à l'Hôpital-Général.

La fistule, diminuée par l'opération pratiquée précédemment,

au dire de ceux qui l'ont vue, est placée sur la ligne médiane et vers la partie moyenne du vagin, dont la paroi antérieure est, d'ailleurs, sensiblement raccourcie; sa plus grande largeur est de huit millimètres, la lèvre antérieure est tendue et assez épaisse, la lèvre postérieure assez mobilisable; mais ce qui fait la difficulté de l'opération, c'est à la fois une excroissance charnue, de la grosseur d'une noisette, située à peu de distance du bord postérieur de la fistule, résultant d'une cicatrisation mal dirigée, et en outre du tissu inodulaire, épais, inégal, s'étendant de tous les côtés autour de la fistule. Le col de l'utérus a une position et une forme normales.

Après les préparations d'usage, l'opération fut pratiquée le 6 décembre. — La malade ne fut pas chloroformisée. Il fallut exciser le tissu inodulaire et l'excroissance précédemment signalés, néanmoins l'avivement fut terminé en dix minutes; il comprenait une large surface, particulièrement sur la lèvre postérieure. L'écoulement du sang, très-abondant, oblige à un temps d'arrêt de quarante minutes, pendant lesquelles de l'eau de Léchelle fut tenue dans le vagin; cinq points de suture furent ensuite placés à l'aide de l'aiguille de Startin; ce temps de l'opération ne demanda que trente minutes. Une sonde fut laissée à demeure. La lèvre antérieure étant trop tendue, on pratiqua une incision demi-circulaire sur les parties supérieure et latérales de l'urèthre, pour mobiliser ce canal et lui permettre de descendre vers la fistule. Potion calmante ordinaire.

Le soir, la malade est bien, les urines sont claires.

7 décembre. La nuit a été bonne. Lavages au coaltar, bouillon.

8. *Idem;* écoulement d'un peu de sanie purulente au lavage d'hier soir.

9. Le suintement vaginal leucorrhéique est si abondant qu'on prescrit trois lotions par jour; la malade n'est pas mouillée. Bouillon, œuf, vin.

10. Les fils ayant quelque tendance à s'ulcérer, on les enlève tous, mais non sans difficulté, car les anses sont très-larges et les fils très-gros. On ne voit s'écouler aucune goutte d'urine. L'incision du méat est presque cicatrisée.

11. Mêmes prescriptions.

Du 15 au 21, les règles coulent assez abondamment; on ne remarque aucune trace d'urine au-dessous de la malade.

22. On fait une injection de lait dans la vessie. Il se fait un peu de suintement par un léger pertuis, sûrement très-sinueux, placé

au milieu de la fistule, et par où il ne peut s'échapper que fort peu d'urine, car la malade ne s'en aperçoit nullement, même lorsqu'elle est levée. Néanmoins, on juge nécessaire de ne pas laisser partir cette femme sans avoir complété matériellement l'occlusion de sa fistule.

29. On la prépare donc pour une seconde opération, qui est pratiquée le lendemain.

Un avivement léger est fait autour du point fistuleux ; une petite artère donne un jet et retarde de quelques instants l'achèvement de l'opération : l'eau de Léchelle arrête cette hémorrhagie; on passe trois points de suture avec des fils fins, deux points avec l'aiguille de Sims, un avec celle de Startin. La sonde est laissée à demeure. Potion calmante ordinaire.

31. La nuit a été bonne, urines claires. Bouillon.

1er janvier. Lavage au coaltar, à cause d'un peu de leucorrhée.

2. Tout va bien. Bouillon, vin.

3. Même état. Mêmes prescriptions.

4. Les fils sont enlevés sans difficulté; la réunion est parfaite. Repos absolu; sonde à demeure; nourriture plus abondante.

8. Examen au spéculum : on croit voir sur le milieu de la fistule un point de la dimension d'une pointe d'épingle, dont les bords rouges peuvent faire craindre la sortie de quelques gouttes d'urine; on touche fortement au nitrate d'argent, et on a grand soin de laisser la malade dans son lit avec la sonde à demeure.

10. La malade est purgée légèrement.

Elle reste à l'hôpital jusqu'au 26 janvier, sans jamais perdre une goutte d'urine et sans que le vagin en contienne, ce qui est constaté par la vue et par le toucher. La malade retourne chez elle parfaitement guérie.

Assistaient à l'opération : MM. les docteurs Gayraud, Labonardière, Cambassédès et les élèves de l'hôpital.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Potion contre la cholérine et contre les premiers symptômes du choléra confirmé.

Ether	4	grammes.
Extrait de ratanhia	4	—
Sirop d'opium	30	—
Hydrolat de menthe	60	—
— de mélisse ou d'oranger	60	—

On mélange d'abord les hydrolats et l'on y fait dissoudre l'extrait de ratanhia ; on ajoute ensuite le sirop d'opium et en dernier lieu l'éther. On conserve dans un flacon bien bouché.

Administrez par cuillerée à bouche, de quart d'heure en quart d'heure au début, puis à de plus longs intervalles à mesure que les accidents diminuent.

En temps d'épidémie cholérique, il serait bon d'être muni préventivement de cette potion, surtout à la campagne, afin de pouvoir s'en servir immédiatement en cas de besoin. Elle ne dispense pas, bien entendu, de l'emploi de tous autres moyens suggérés par l'indication.

Potion contre la dysménorrhée.

Lorsqu'à l'époque menstruelle surviennent de vives tranchées utérines, en même temps que l'éruption des règles ne se produit pas ou ne s'effectue qu'incomplétement, je prescris la potion suivante, dont j'ai presque constamment éprouvé l'efficacité :

Acétate d'ammoniaque......................	5	grammes.
Hydrolat d'oranger.........................	40	—
— de mélisse.........................	80	—
Sirop de safran...........................	30	—

A prendre par cuillerées, à doses rapprochées d'abord, éloignées ensuite à mesure que le spasme s'apaise et que la crise menstruelle s'établit.

En cas d'acuité extrême des douleurs utérines, ou si elles résistent aux premières cuillerées de la potion, ajoutez à celle-ci quinze à vingt gouttes de laudanum de Sydenham.

On aide l'action de la potion par quelques tasses d'une infusion aromatique chaude, telle que celle de feuilles de sauge, de menthe, d'oranger, de mélisse; par l'application de cataplasmes très-chauds, émollients, calmants, sinapisés parfois, sur la région hypogastrique ; et enfin par le repos dans un lit bien chauffé.

Lotions d'eau de Vichy contre les taches de rousseur.

J'ai conseillé avec succès à plusieurs personnes affectées de ces éphélides faciales, dites *taches de rousseur*, des lotions habituelles avec les eaux de Vichy. Il ne m'a point paru jusqu'ici que l'une des sources eût à cet égard plus d'avantages que les autres. On imbibe

une petite éponge d'eau naturelle de Vichy, et l'on s'en lotionne le visage pendant deux ou trois minutes, matin et soir ; on laisse sécher à l'air, sans essuyer après la lotion. En employant ce mode de traitement avec persévérance, on voit peu à peu pâlir et souvent disparaître complétement les taches de rousseur. Mais, comme celles-ci tendent à se reproduire, surtout au printemps et pendant l'été, les personnes qui y sont sujettes feront bien de revenir chaque année aux lotions d'eau de Vichy, soit pour agir préventivement, soit pour obtenir plus d'efficacité du traitement en l'appliquant dès les premières manifestations des éphélides.

Lotion contre le prurit vulvaire.

On a conseillé contre le prurit des parties génitales, particulièrement contre celui de la femme, qui est le plus commun, les solutions d'alun, de borax, de carbonates de potasse et de soude, de sublimé corrosif, l'eau de chaux, les hypochlorites alcalins. Après expériences comparatives, ceux de ces moyens qui m'ont paru le plus efficaces sont les solutions de carbonate de potasse et de sublimé.

Trousseau avait préconisé dans ce cas l'emploi du sublimé de la manière suivante: on prépare une solution de 10 grammes de sublimé corrosif dans 100 grammes d'alcool. La malade en met une cuillerée à café dans 500 grammes d'eau très-chaude, qu'elle emploie tant en injections vaginales qu'en lotions sur les parties génitales extérieures. Ce mode de traitement a effectivement du succès ; mais il a aussi ses inconvénients, ne fût-ce que celui de mettre à la disposition d'un sujet une quantité considérable de substance toxique. Plusieurs personnes, en outre, répugnent à l'emploi des préparations mercurielles.

J'emploie aujourd'hui de préférence la formule suivante, simple, commode, sans dangers dans son application, et qui m'a toujours réussi en peu de jours contre le prurit vulvaire, sans éruption apparente, ou avec éruption papuleuse :

Hydrolat de laurier-cerise..................	15	grammes.
Carbonate de potasse.......................	30	—
Eau.......................................	500	—

Cette solution s'emploie à froid, à l'aide d'une éponge, que l'on promène sur la région extérieure affectée du prurit, et que l'on

exprime à l'entrée des parties génitales si le prurit se propage vers l'intérieur. Je n'ai pas eu besoin de recourir aux injections. Si celles-ci devenaient nécessaires, ma solution alcaline laurinée devrait être étendue d'au moins partie égale d'eau.

En cas de dermatose prurigineuse sécrétante, d'eczéma vulvaire, j'ai recours aux badigeonnages avec l'huile de Cade, qui offre alors plus d'avantages, en calmant aussi le prurit, en même temps qu'elle tarit la sécrétion et résout l'eczéma.

Dr D. de Savignac.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Éruption cutanée produite par le tartre stibié pris à l'intérieur.

Le 15 août, dans la soirée, je fus appelé près d'une pauvre femme, âgée de trente ans, que son mari me représentait, pendant le trajet que nous fîmes pour nous rendre à sa demeure, comme vomissant du sang, ne pouvant plus respirer, sur le point de rendre l'âme. Tout jeune praticien, j'étais effrayé de ce cortége de symptômes, redoutant une apoplexie pulmonaire grave, et ce ne fut pas sans une certaine appréhension que je franchis le seuil de la maison, où je trouvai la malade couchée, haletante, très-agitée, brûlante. J'examinai, j'interrogeai, et je reconnus bientôt que j'avais affaire à une pneumonie franche du côté gauche; les prétendus vomissements de sang n'étaient que des crachats rouillés. J'ordonnai une potion de tartre stibié : 30 centigrammes; plus, un emplâtre de thapsia.

Le lendemain matin, je revins visiter ma malade : elle avait beaucoup vomi, beaucoup sué, beaucoup fréquenté la garde-robe. Elle était soulagée. Je prescrivis une nouvelle potion avec 30 centigrammes d'émétique, à prendre, comme la précédente, une cuillerée à bouche, chaque heure.

Le 17, je trouve la malade respirant plus facilement, calme, et je constate à l'auscultation le râle sous-crépitant de retour.

Je passe rapidement sur l'exposé de cette affection, et j'arrive au phénomène qui me fait rédiger cette observation et qui, peut-être, ne manque pas d'un certain intérêt.

Ce jour-là, le 17, à ma troisième visite, et après avoir pris, en

deux jours, deux potions d'émétique, de 30 centigrammes chacune, la malade présente à considérer un fait que je pense devoir être attribué à l'action du médicament : elle est couverte, de la tête aux pieds, d'une éruption d'aspect rubéolique, provoquant un léger prurit. Au premier abord, je songeai à la rougeole, qui précisément règne dans la localité qu'habite la femme en question. Mais les symptômes rubéoliques du côté des muqueuses ophthalmiques et nasales manquent, et les taches sont plus saillantes, plus rouges que dans la rougeole; de plus, les intervalles, au lieu d'avoir la teinte normale de la peau, sont rosés, de sorte que toutes les parties du corps où se montre l'éruption sont rouges, avec des élevures plus foncées sur un fond plus clair. En même temps, la malade se plaint d'avoir mal à la gorge et rapporte elle-même à la potion qu'elle a prise l'inflammation pharyngée qu'elle nous montre. Elle refuse de continuer l'émétique, et nous lui ordonnons une potion kermétisée; un gargarisme oléiné pour la gorge.

Le 18, nous voyons cette femme : plus d'éruption, pas la moindre trace de desquamation, la pneumonie marche rapidement vers une terminaison heureuse. La pharyngite a presque complétement disparu; le 19, il n'y paraît plus.

Constatons, en passant, la rapidité d'action, du reste bien connue, du tartre stibié employé comme contro-stimulant, et notons que s'il a donné lieu à une éruption, du moins cette éruption a été d'une innocuité complète, ou plutôt d'une heureuse influence sur l'évolution de la maladie.

J'ai cherché dans l'histoire du tartre stibié, je n'ai pas trouvé mon éruption. Doit-elle lui être attribuée? Je le pense. Que serait-ce? La rougeole ? Elle s'en différencie par l'absence de coryza, de larmoiement et surtout son aspect, ses taches plus proéminentes, non séparées par des intervalles de peau à couleur naturelle, mais plus rouges sur un fond rouge, son prurit, l'absence de desquamation, l'envahissement d'emblée et non successif de toutes les parties du corps.

Serait-ce une miliaire? Je l'ai cru le premier jour; mais le lendemain, je ne trouve plus rien ; la vésicule rouge, puis blanche de la miliaire, qui se desquame, fait défaut.

L'action du médicament sur la peau et les glandes sudoripares a été très-grande, et les sueurs ont cessé à l'apparition de l'exanthème. — C'est un fait, un seul, qui coïncide avec l'administration du tartre stibié, avec une pharyngite stibiée, et l'éruption pourrait bien être stibiée elle-même. En tout cas, je n'affirme rien, j'émets

une hypothèse que je crois fondée, et que peut-être de nouvelles observations viendront confirmer (¹).

Dr Léon Danis, de Remiremont (Vosges).

BIBLIOGRAPHIE.

Entretiens familiers sur l'hygiène, par le professeur J.-B. Fonssagrives.

En ce temps de conférence universelle, où l'on parle de tout, et de quelque chose encore, où l'on dilue la science pour la populariser, au point de la réduire souvent au dynamisme plus que problématique de l'homœopathie, il était inévitable que l'hygiène entrât un jour pour faire sa partie dans ce concert nouveau; et maintes villes de France ont vu des médecins zélés consacrer de nombreuses leçons à l'exposition des parties essentielles de cette fraction importante de la médecine. Ce n'est pas nous, assurément, qui blâmerons cet effort légitime d'expansion d'une science utile à tous; si peu d'écho qu'ait notre humble voix, nous l'encouragerons, au contraire, autant qu'il sera en nous de le faire; mais nous voudrions, avant d'examiner le livre de M. le professeur Fonssagrives, dire en quelques mots à quelles conditions cette propagande peut, suivant nous, être utile et atteindre le but qu'elle se propose.

A mesure que les sciences biologiques progressent, qu'elles pénètrent plus avant dans l'objet de leur laborieuse enquête, elles deviennent de moins en moins accessibles aux masses populaires, c'est-à-dire à ceux-là mêmes auxquels ces sciences, l'hygiène surtout, pourraient davantage profiter. Or, à l'entendre ainsi, il y a là un double écueil à éviter; c'est, d'une part, de noyer les notions essentielles qu'on se propose de démocratiser, si je puis ainsi dire, dans les détails techniques dont elles sont sorties, et qui les masqueraient à des intelligences non suffisamment préparées; et de l'autre, à force de vouloir simplifier, d'amaigrir, de décharner la science, au point de la rendre en quelque sorte inassimilable aux esprits les moins délicats, et de leur inspirer pour elle une invincible répugnance. Nous avons quelquefois assisté à des leçons

(¹) Le travail si complet de Bonamy, *Sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tartre stibié* (couronné au concours du *Bulletin de Thérapeutique*, 1841), ne contient aucun exemple d'éruption stibiée.

(*Note de la Rédaction.*)

d'hygiène populaire; nous avons plus souvent lu des opuscules plus ou moins étendus, où l'on a en vue la divulgation des notions les plus essentielles de cette partie de la science, et il est peu des unes et des autres dans lesquels la mesure, qui seule en peut assurer le succès, ou ait été atteinte, ou n'ait pas été dépassée. Malgré la haute estime en laquelle nous tenons l'illustre professeur d'hygiène de la Faculté de Montpellier, dont l'intelligence, appuyée dans son évolution progressive sur une base qui ne change pas, reste ouverte à tous les progrès réels de la science, et y aspire elle-même sans scrupule, lorsque, avant de lire son livre, nous l'avons parcouru, nous n'avons pas été sans quelque crainte que lui aussi n'eût manqué à une des conditions essentielles qui assurent la fortune d'une semblable publication, non en restant en deçà de la mesure que nous indiquions tout à l'heure, mais en la dépassant. Une lecture sérieuse des *Entretiens familiers sur l'hygiène* a bientôt corrigé cette impression erronée, et en plaçant ce petit chef-d'œuvre de science familière entre les mains de ceux auxquels il est destiné, entre les mains des personnes appartenant à la portion éclairée de la société, nous sommes convaincu qu'il peut réaliser le bien que l'auteur s'est proposé. Il serait à désirer, sans doute, que la portée de ce lumineux et honnête enseignement fût plus grande, qu'il allât immédiatement à ceux qui en auraient le plus besoin, là où le chaos moral qui s'est fait dans les esprits appelle le plus impérieusement la lumière; mais qui peut prétendre à trouver la voie par laquelle on peut arriver à pénétrer un peu avant dans ces ténèbres? Les esprits cultivés, et parmi ces esprits j'entends ceux-là même qui, endormis sur l'oreiller du que *sais-je* de Montaigne, s'y trouvent bien, les esprits cultivés, dis-je, commencent à sentir que le pôle du monde moral a subi une déviation redoutable; que les abus de la vie, en tout état de choses, mais dans celui-ci surtout, s'ils ne sont réprimés, nous entraînent à des abîmes inconnus; et peut-être est-ce à cette classe de la société qu'il faut s'adresser pour y recruter des apôtres aux enseignements de la science de l'ordre de ceux dont il s'agit ici. Quoi qu'il en soit à cet égard, l'ouvrage de notre savant confrère rencontrera, nous en sommes sûr, une nombreuse clientèle dans le milieu qui seul peut le comprendre, si la presse, comme elle le doit, lui prête son concours, et, s'il ne réalise immédiatement tout le bien qu'il peut faire, il le préparera très-heureusement tout au moins.

Les médecins eux-mêmes trouveront dans la lecture et la méditation de ce livre, dont la forme vive, spirituelle et toujours correcte

montre dans l'éminent professeur de la Faculté de Montpellier une intelligence toujours en progrès, non-seulement le plaisir délicat qu'apporte naturellement à l'esprit une œuvre si heureusement élaborée, mais ils y rencontreront en même temps les enseignements les plus précis de la science de l'hygiène sur la plupart des questions auxquelles, avec tant de raison, s'intéressent le plus les esprits quelque peu clairvoyants, dans l'état de confusion chaotique où la société semble s'enfoncer tous les jours de plus en plus. Quant à ceux de nos laborieux et dévoués confrères qui voudraient répandre autour d'eux, par un enseignement oral digne d'être encouragé, les éléments d'une science qui, sans même s'inquiéter des afférences qu'elle a avec la morale, prêche la tempérance dans l'intérêt de la sensualité même, et tend à faire de la vie un art dont les préceptes doivent être réappris, puisqu'à force de les enfreindre on les a oubliés, nous ne saurions leur indiquer un meilleur livre que celui du médecin de Montpellier pour leur servir à la fois de guide et de modèle. La science s'honore par de telles œuvres. Les médecins qui se donneront généreusement la noble mission de propager autour d'eux les enseignements de cette science, et qui sauront y répandre le parfum d'honnêteté, de dignité morale dont l'œuvre du maître porte d'un bout à l'autre la noble empreinte, relèveront la médecine dans l'estime des populations, tout en les éclairant sur leurs intérêts les plus pressants; double triomphe qui, à coup sûr, n'est pas à dédaigner. On va voir, du reste, par le résumé très-sommaire que nous allons faire du travail du professeur d'hygiène de la Faculté de Montpellier, que si l'auteur est loin d'avoir parcouru le cycle entier de cette science, il a au moins fait porter ses éloquentes leçons sur les questions dont il est surtout important, à l'heure qu'il est, de répandre autour de soi les impérieuses solutions, quand on n'a pas tout d'abord à en faire à la conduite de sa propre vie une première application.

Commençons par indiquer les sujets divers traités tour à tour par notre savant confrère dans ces *Entretiens familiers sur l'hygiène* : rien que cette simple nomenclature montrera par sa terminologie que l'auteur sait poser les questions et qu'il sait de plus quelles sont des questions que se pose l'hygiène, celles à la solution desquelles il faut principalement s'appliquer, d'après le train actuel et le plus ordinaire de la vie. Ces entretiens roulent successivement, et dans l'ordre que nous allons indiquer, sur les conditions physiques du mariage, sur les devoirs de la maternité physique,

sur les systèmes modernes, et aussi un peu, ajouterons-nous, sur les systèmes anciens d'hygiène pédagogique, sur l'étude et la santé chez les enfants, sur le choix d'une carrière et d'un métier, sur les obstacles que rencontre l'hygiène dans l'application, sur la santé et les passions, sur les ivrogneries, sur la gastronomie et la sobriété, sur les aliments discutés, chapitre très-intéressant reproduit intégralement par la *Gazette hebdomadaire*, enfin sur le travail. Je dis que l'ensemble seul de ces leçons, leur choix, qui n'a assurément rien d'arbitraire, montrera que M. Fonssagrives n'a pas seulement fait de l'hygiène spéculative, en homme qui traverse le monde sans le regarder, mais qu'obéissant à l'impulsion d'une philanthropie puisée à bonne source, il a pris la noble résolution de s'attaquer tout d'abord aux abus de la vie qui appellent le plus impérieusement un remède immédiat. C'est à ce dernier point de vue que nous ne saurions trop recommander la méditation des préceptes judicieux de l'auteur sur les conditions d'un mariage irréprochable, à le considérer seulement du côté de l'hygiène. La question de l'âge des conjoints, celle des dangers de la consanguinité, de l'hérédité physiologique et morbide sont traitées dans ce premier entretien avec une netteté de vues et une sûreté de principes telles, qu'on voudrait que tous les chefs de famille en fissent la règle de leur détermination dans la question si grave du mariage. « Nous sommes loin d'avoir épuisé ce sujet, dit quelque part l'auteur, mais peut-être en avons-nous dit assez pour éveiller la sollicitude vigilante des familles, et leur montrer qu'au nombre des conditions si complexes du mariage, l'hygiène réclame sa place et une place importante. Fontenelle a dit avec raison que la santé est l'unité qui fait valoir les zéros de la vie ; il faut apporter cette unité au contrat, et se bien persuader, dans les familles, qu'une corbeille de mariage est mieux remplie quand on y met de la santé, une bonne ascendance héréditaire et une intelligence saine, que quand on la garnit de titres, de cachemires et de bijoux. On se marie en effet pour longtemps, et le mariage, comme dit Montaigne, n'a que l'entrée de libre ; c'est une raison pour qu'on ne s'y aventure pas en aveugle. » Voilà qui est bien dit, éloquemment dit, mon cher confrère, mais, hélas ! en convertirez-vous beaucoup ? Combien, prévenus par cet utile enseignement, hésiteront devant les périls que vous signalez, mais qui passeront outre, parce que l'or les éblouira, et qu'ils trouveront dans le *moi, c'est autre chose,* du Bonnard de la comédie, un motif suffisant de sécurité. N'importe, montrons la vérité, c'est notre devoir : si le monde, de son côté, a

le droit de la méconnaître, ne l'en grondons pas trop, car il paye souvent bien cher sa légèreté à l'égard des préceptes austères de la science.

Tout, dans cet admirable petit livre, captive au plus haut degré l'attention ; nous ne pouvons, malheureusement, qu'effleurer, pour en inspirer le goût aux lecteurs de ce journal, tant de pages où nous aimerions, pour nous en mieux nourrir nous-même, flâner tout à notre aise et avec une voluptueuse lenteur. Mais lisez surtout ce qui a trait aux systèmes modernes d'hygiène pédagogique. Il y a, çà et là, des tableaux admirablement tracés, et où les vérités qu'enseigne l'auteur, qu'il prodigue à pleines mains, étincellent comme la lumière pure d'un soleil de printemps; lisez l'entretien sur les ivrogneries, très-heureuse expression de l'auteur, par laquelle il entend aussi bien les poisons enivrants de l'ordre moral que ceux de l'ordre physique, c'est-à-dire les excès d'une littérature frelatée qui pousse l'homme à dépenser, à ruiner sa santé et sa vie dans l'abus de toutes les sensations violentes, comme les poisons enivrants, les drogues de la sensualité idiote, l'alcool, l'opium, le haschich, le tabac, etc., etc.; lisez, relisez cet entretien, et vous vous sentirez, comme moi, entraînés à remercier M. Fonssagrives de son livre comme d'une bonne action. Nous ne nous permettrons sur cet admirable ensemble de notions aussi saines que substantielles, nous ne nous permettrons sur cet éloquent tableau qu'une remarque critique. Nous non plus, nous ne voyons pas l'avenir couleur de rose; bien des points noirs à l'horizon nous font redouter l'orage; mais, est-il vrai, comme l'entendent quelques-uns, comme inclinerait un peu à le croire le savant professeur de Montpellier, que nous courions si vite à l'abîme, que l'espèce humaine s'étiole, dégénère à vue d'œil, et que, suivant le mot de Mme de Sévigné, je crois, dans quelques générations nous devions en arriver à gauler les fraises? C'est là aussi de l'excès, nous le croyons : gardons-nous-en en tout; le bon sens, le génie même, c'est de la mesure : retenons-le bien, et faisons de ce précepte la boussole de notre esprit.

En résumé, nous ne saurions qu'engager M. le professeur Fonssagrives à continuer son œuvre de savante et spirituelle vulgarisation si heureusement commencée, et nous le lui demandons dans l'intérêt de sa gloire, et surtout dans l'intérêt de la moralisation hygiénique des populations à qui il devient si urgent de ne plus faire accroire, en mille et une choses, que des vessies sont des lanternes.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'emploi de la digitale dans le traitement de la manie. — Le *Bulletin de thérapeutique* a publié dans le dernier numéro, d'après les *Annales médico-psychologiques*, le résumé des travaux du docteur Robertson sur l'action sédative de la digitale dans la manie. Voici un fait qui vient à l'appui de ces observations :

Un jeune homme de quatorze ans et demi est reçu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vernois, suppléé par M. Isambert, dans le courant du mois de juin 1867 ; il est atteint de délire très-incohérent, et de mouvements désordonnés très-semblables aux mouvements de la chorée ; le diagnostic reste douteux au début. S'agit-il d'une manie véritable avec agitation extrême, ou bien s'agit-il d'une chorée accompagnée de délire intense ? Les mouvements, les grimaces sont celles d'un choréique ; le délire est très-incohérent, mais il a une tendance à cesser la nuit avec l'invasion du sommeil. Le premier jour on a cru nécessaire de mettre la camisole de force. Pouvant disposer d'un cabinet où le jeune homme ne troublera pas le repos des autres, M. Isambert le soumet à un traitement d'expectation, à l'usage de la digitale à la dose de 30 gouttes de teinture par jour, et lui fait ôter la camisole de force. Dès cet instant le malade se calme, il cesse de vociférer, de se lever, ses mouvements diminuent, mais il garde un délire tranquille, parfaitement incohérent d'ailleurs. Huit jours se passent, pendant lesquels le petit malade peut rester sans être l'objet d'aucun trouble pour le service ; la religieuse et les infirmiers ne se plaignent plus de lui, les mouvements choréiques du début ont presque entièrement disparu. — La mère de l'enfant est interrogée et nous apprend que son fils n'a eu aucune attaque de chorée antérieure, aucun antécédent rhumatismal ; aucun sujet nerveux dans sa famille ; la maladie a débuté par une attaque de délire, qui s'est déclarée dans un établissement d'épicerie, où l'enfant était en apprentissage, et où il était d'ailleurs traité avec une grande douceur par le maître et la maîtresse de la maison. On avait seulement remarqué que depuis plusieurs mois il était triste, peu communicatif, et, depuis un an, époque où il avait fait sa première communion, porté à des idées religieuses, assez rares chez un enfant de son âge. On a presque la certitude que l'enfant n'a pas pu être entraîné à un excès quelconque d'alcool ou de toute autre nature. En pré-

sence de ces renseignements et de l'état du malade, le diagnostic n'est plus douteux, il ne s'agit pas d'une chorée avec délire, mais bien d'une lypémanie avec grande agitation musculaire. Le sujet est transféré à l'asile de Sainte-Anne.

Il n'en reste pas moins acquis que, sous l'influence de 30 gouttes de teinture de digitale, un délire maniaque très-intense s'est calmé pendant huit jours au moins, au point de rendre possible, et même facile, le séjour d'un aliéné dans les salles d'un hôpital ordinaire, où l'on devait cependant ménager le repos des autres malades.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Du traitement de la rage par l'électricité. Signaler l'inefficacité (au moins provisoire) d'un moyen thérapeutique, c'est rendre service à l'art et au malade : à l'art, qui trouve le terrain déblayé; au malade, qui échappe au tâtonnement dangereux de moyens qui ne peuvent le conduire à la guérison. C'est à ce titre que nous puisons, dans les *Annales d'Omodei* le récit de quatre tentatives faites à l'hôpital de Milan pour guérir la rage canine par l'électricité. On sait qu'une commission permanente, établie sous la présidence de l'honorable docteur Giovanni Clerici, et ayant pour rapporteur le docteur Pasta, dont un agrégé de Montpellier, M. Espagne, a récemment traduit un substantiel travail sur l'hydrophobie, fonctionne très-activement pour l'étude des moyens de préservation et de traitement de cette redoutable névrose. Elle avait eu déjà, et à deux reprises, l'occasion de constater que si les courants électriques continus avaient apporté quelque soulagement aux souffrances des malades, ce moyen avait été inhabile à prévenir une issue funeste. La commission se décida à faire de nouveaux essais. Voici comment elle les disposa. Elle eut recours à l'électricité galvanique fournie par la pile de Daniell. Des plaques métalliques, superposées à une compresse de toile imbibée d'eau salée, furent appliquées l'une au front, l'autre au pied, et les deux rhéopbores vinrent aboutir à chacune d'elles. Un enfant de deux ans et demi, la jeune Emilia Carviti, mordue à la face par un chien suspect, devint hydrophobe après vingt-cinq jours d'incubation et douze heures de prodromes. Elle fut soumise, pendant dix-huit heures, à l'action galvanique d'une pile de douze éléments d'abord, puis de vingt. Il ne survint pas d'escharification aux points d'application des pôles; il y eut un peu d'augmentation dans la fréquence du pouls; ni le papier de tournesol, ni l'approche d'une baguette de verre trempée dans de l'acide chlorhydrique ne décelèrent de traces d'ammoniohémie (formation d'ammoniaque dans le sang). Le résultat fut ce qu'il avait été dans les trois autres essais : la mort survint, et l'amélioration légère observée pendant les moments de suspension de l'action galvanique, loin d'accuser un effet palliatif, me semble, au contraire, plaider contre l'opportunité de ce moyen. L'électricité a-t-elle dit son dernier mot sur cette question ? Il serait prématuré de l'affirmer. Mais il me semble, au moins, qu'il est opportun de chercher, dès à présent, une voie nouvelle plutôt que de s'obstiner plus longtemps dans celle-ci. Il était naturel que la patrie de Volta vît ces essais. Rossi (de Turin) les institua le premier au commencement de ce siècle, et invoqua un succès qui n'est pas à l'abri de toute contestation. Une autre guérison avait, dit-on, été obtenue peu après en Allemagne. Les expériences de la commission de Milan mettent, pour le moment, ces espérances à néant. Il faut donc chercher

ailleurs. Pour le dire en passant, la méthode populaire russe de traitement de la rage par les cordiaux, les stimulants et la sudation à outrance dans l'étuve sèche, est encore celle qui offre le plus de chances de réussite. *E pur la rabbia debbe sanarsi*. La commission italienne ne se décourage pas, et elle fait bien. (*Gazette hebdomadaire.*)

De la coca et du seigle ergoté dans la paraplégie. Dans une communication faite à l'Académie des sciences de Bologne, après avoir rapporté les observations que l'on possède sur les effets thérapeutiques du seigle ergoté et des feuilles de coca, M. Verardini a exposé les résultats obtenus, dans quelques cas de paraplégie, rebelles à tout autre remède, par l'emploi simultané de ces deux substances. L'infusion de 2, 3, 4 grammes et plus de coca, avec 1 ou 2 grammes de seigle ergoté, à prendre dans les vingt-quatre heures, est la dose généralement employée. L'auteur aurait reconnu dans ce remède administré avec persistance, non-seulement une efficacité nutritive et stimulante du cœur, mais encore une influence sur les centres nerveux et spécialement sur ceux qui président à la locomotion. (*Journal de médecine de Bruxelles.*)

Nouveau cas d'hémorrhagie puerpérale arrêtée par l'éther pulvérisé. Le docteur Broadbent a été appelé auprès d'une femme qui était en travail d'accouchement. C'était la seconde grossesse, et l'enfant vint au monde sans difficulté. Le placenta était adhérent, et il fallut l'extraire avec la main. Une hémorrhagie profuse s'ensuivit, et, malgré tous les moyens employés, ergot de seigle, compresses d'eau froide à la vulve, titillation de l'utérus avec la main, l'écoulement de sang persistait. La femme était pâle, sans pouls, et l'on commençait à craindre une terminaison fatale. La main fut enfoncée de nouveau dans l'utérus; mais cet organe était comme une vessie inerte, et on ne put provoquer aucune contraction. C'est alors que l'on songea à employer l'éther pulvérisé. On se servit d'un appareil de Richardson muni d'un double jet, et bientôt l'utérus se contracta et l'hémorrhagie cessa. La femme se remit assez bien, mais la convalescence fut longue à cause de l'anémie profonde, qui persista longtemps.

Dans ce cas, l'hémorrhagie était due évidemment à l'inertie de l'utérus, et l'effet de la pluie d'éther survenant après tant de moyens inutiles est très-remarquable. (*British Medical Journal.*)

De quelques nouvelles applications du révulseur de Baunscheidt. Le docteur Angelo Dubini vient de publier une note assez intéressante sur l'emploi du révulseur dans quelques affections chirurgicales, entre autres dans les kystes synoviaux du carpe et certaines tumeurs érectiles.

Kystes synoviaux du carpe.—Après avoir passé en revue les principaux moyens employés contre cette difformité, et qui ont pour but l'évacuation du liquide et l'inflammation adhésive des parois du kyste, l'auteur dit avoir eu recours au révulseur dans vingt cas, et que dans tous il a obtenu la guérison. Il en tire cette conclusion que l'évacuation du liquide n'est pas nécessaire, et qu'il suffit de provoquer une inflammation adhésive dans le kyste pour le voir disparaître.

Voici de quelle façon opère le docteur Dubini. Tous les cinq jours, il donne trois coups sur le ganglion, ou, pour mieux dire, sur la peau qui le recouvre, avec les aiguilles du révulseur, ce qui produit quatre-vingt-dix piqûres. La douleur est presque nulle, et il ne s'échappe que quelques gouttelettes de sang. Il est nécessaire de bien fixer le kyste en pliant la main vers la face palmaire de l'avant-bras.

Au bout de cinq jours, on renouvelle la manœuvre, et cela jusqu'à quinze à vingt fois, séparées toujours par un intervalle de cinq jours. Si, au bout de la troisième ou de la quatrième application, le kyste devient sensible, on retarde un peu l'opération.

Tumeurs érectiles. — En songeant que les aiguilles du révulseur déterminaient des cicatrices inodulaires verticales qui sont comme des espèces de pieux plantés dans l'épaisseur du derme, le docteur Dubini imagina de multiplier ces piqûres par centaines dans le tissu spongieux des tumeurs érectiles de la peau, pour oblitérer le réseau veineux dilaté et obtenir ainsi la guérison de ces tumeurs sans laisser de trace difforme, particularité si importante, surtout lorsque l'affection siége au front ou à la face.

La première opération fut pratiquée sur un enfant d'un an, porteur d'une

tumeur érectile sur la bosse frontale droite. La tumeur, qui avait la grandeur d'une fève de couleur vineuse, faisant au-dessus de la peau une saillie d'un millimètre, était constituée par un réseau de veines dilatées.

L'application du révulseur répétée trois fois dans le même moment produisit une pluie de gouttelettes sanguines. L'opération fut renouvelée une vingtaine de fois tous les cinq jours. Après les premières applications, on vit la tumeur s'aplatir, puis diminuer de la circonférence au centre, et enfin la couleur rouge cerise disparut complétement. Actuellement, la peau est blanche et ne se colore pas même quand l'enfant pleure ou fait des efforts pour se détacher de ses liens.

Dans un autre cas de tumeur érectile plus grosse, située à la région dorsale, chez un enfant de seize mois, l'application réitérée du révulseur produisit un aplatissement notable de la tumeur et une diminution de ses diamètres.

L'auteur est en train d'expérimenter le même moyen dans un cas de tache vineuse très-large qui couvre la joue droite et la moitié de la lèvre supérieure; il promet de tenir le lecteur au courant des résultats de l'opération. (*Giorn. Ital. delle malatie della pelle.*)

Des bains généraux sinapisés dans le traitement de la folie. Le docteur Laurent, médecin de l'asile des aliénés de Fains, se loue beaucoup de l'emploi des bains généraux sinapisés dans le traitement de la folie, et en particulier de la folie hystérique.

Voici d'abord la description du *modus faciendi :*

On emploie la semence de moutarde noire (*Sinapis nigra*) plus ou moins pulvérisée. La quantité prescrite est délayée dans un vase contenant de l'eau simple à la température ordinaire. Cette espèce de pâte est ensuite jetée dans un bain tiède de 25 à 28 degrés, puis on agite de manière à disperser la farine de moutarde dans tout le liquide de la baignoire.

Au bout d'un quart d'heure à vingt minutes que la malade est dans ce bain médicamenteux, elle ne tarde pas à éprouver des picotements sur toute la peau. Ces picotements ne vont pas en augmentant d'une manière très-sensible, mais après dix minutes, un quart d'heure de leur apparition, survient une sensation générale de froid; les malades frissonnent. Cette sensation dépend d'ailleurs de la sensibilité plus ou moins grande de la personne qui est soumise à l'emploi du bain. Il faut avoir soin de ne pas laisser se prolonger cette impression pénible. C'est précisément pour éviter des phénomènes de cette sorte que l'on gradue les quantités, et que l'on commence par une dose assez minime, 150 grammes. La durée du bain est d'une demi-heure à trois quarts d'heure au plus.

On doit chercher à garantir la figure de la malade de la vapeur excitante qui est dégagée de la surface du liquide.

Quand on retire la malade du bain, toute la peau est rubéfiée. Elle éprouve une chaleur prononcée. On essuie avec soin et on ajoute même quelques frictions avec les linges. La personne est placée dans un appartement suffisamment chauffé pour permettre à la réaction de se continuer aussi longtemps que possible.

Il arrive généralement que les malades accusent, quelque temps après, une sensation de bien-être bien prononcée. L'appétit augmente. Le soir, le sommeil est plus facile.

Les bains généraux sinapisés conviennent très-bien quand les forces sont dans un grand état de prostration et qu'on a affaire à une faiblesse générale, comme chez certaines malades atteintes d'aliénation à la suite de fièvre typhoïde, d'allaitement prolongé, d'hémorrhagies abondantes, en un mot, présentant un degré plus ou moins grand d'anémie. Il faut alors user de ce moyen de manière à ne pas produire une excitation capable d'affaiblir les forces et même de les miner complétement. C'est pourquoi la dose de farine de moutarde ne doit plus être aussi considérable, 120 à 150 grammes de cette substance suffisent. Ces bains entretiennent une certaine activité dans les fonctions de la peau et suppléent bien souvent de cette façon à l'exercice en plein air, quand la malade est trop déprimée pour pouvoir permettre ces moyens hygiéniques d'une manière suffisante

Dans les cas de ce genre, on se trouve bien d'alterner les bains sinapisés et les douches. L'action des douches paraît augmentée par les bains sinapisés. (*Annales médico-physiologiques.*)

Accidents produits par l'huile de pétrole prise à l'intérieur. Un jeune homme de vingt-trois ans voulut à jeun prendre un verre de liqueur de menthe, afin de se prémunir contre le froid Sa mère avait placé, à côté de la bouteille qu'il cherchait, une autre fiole remplie de pétrole. Malheureusement il prit cette dernière et en avala à peu près 80 grammes. Il ne s'en aperçut que lorsque le liquide était ingéré. Cela se passait vers huit heures du matin. Le patient fit aussitôt des efforts pour vomir et ne put y parvenir. Il eut constamment des renvois ayant le goût et l'odeur de pétrole. Trois quarts d'heure après, il ressentit dans le ventre un travail analogue à celui qu'aurait causé un violent purgatif. Cette sensation était accompagnée de coliques, de céphalalgie et de battements dans la tête. A neuf heures le malade prit une tasse de café. Quelques instants après, il eut des vomissements. Les matières rendues exhalaient au plus haut degré l'odeur du liquide inflammable. Peu après survint une forte évacuation alvine. A dix heures, un médecin fut appelé. Le jeune homme se plaignait d'être constamment tourmenté par des renvois désagréables et par une ardeur à la région épigastrique. Un vomitif fut prescrit, une grande quantité de liquide contenant du pétrole fut rejeté. On prescrivit ensuite des boissons délayantes. Le soir le malade était bien. Les urines, qu'il avait conservées, exhalaient une odeur de violette et de racines d'iris. (*Journal de médecine de Bruxelles.*)

Extraction d'une dent; bouchon tombé dans le larynx; mort subite. Un jeune homme de vingt-trois ans fut soumis à l'anesthésie par le protoxyde d'azote pour l'extraction d'une dent. Un bouchon avait été placé entre les dents pour maintenir la bouche ouverte. La dent venait d'être extraite, lorsque, échappant aux pinces, elle tomba avec le bouchon dans l'arrière-gorge. La dent fut rejetée dans un effort de vomissement, mais le bouchon s'introduisit dans le larynx, et amena un violent accès de suffocation et la mort en une heure. L'autopsie démontra que la présence du bouchon dans le larynx était la cause de la mort.

Il y a dans ce récit, dit la *Gazette hebdomadaire* à laquelle nous empruntons ce fait, certaines circonstances qui nous paraissent bizarres. Il est difficile d'apprécier l'influence que l'anesthésie par le protoxyde a pu avoir dans cet accident déplorable; mais on doit surtout regretter l'absence d'un médecin, alors que le malade devait être anesthésié. Une intervention active aurait pu sauver la vie du malade, soit que le corps étranger eût été extrait, soit que la trachéotomie eût été pratiquée.

A ces réflexions, auxquelles nous ne pouvons que nous associer, il en est une que nous pensons devoir ajouter: N'est-ce pas, non-seulement de la part d'un dentiste, mais encore d'un médecin, assumer une bien grave responsabilité que de provoquer l'anesthésie générale au moyen du chloroforme ou de n'importe quelle autre substance analogue, en vue d'une opération aussi peu sérieuse que l'extraction d'une dent? et, en présence des nombreux malheurs causés par ces précieux mais terribles agents, une telle pratique ne devrait-elle pas être exclusivement réservée pour les cas où il s'agit d'une intervention chirurgicale réellement grave? (*Cincinnati Lancet*, *Med. Observer*, et *Gaz. hebdomadaire*, 1867, nº 19.)

Mauvais effet de l'éthérisation localisée. Chez une jeune femme admise ces jours derniers à *Middlesex Hospital*, M. Lawson, ayant diagnostiqué un abcès profond sous le grand pectoral, crut devoir anesthésier la partie avant d'y plonger le bistouri. Le pulvérisateur de Richardson fut employé à cet effet avec de l'éther rectifié. La congélation s'ensuivit rapidement et dura quelques minutes. Le résultat fut la mortification de un pouce carré environ sur la partie supérieure du sein et une cicatrice indélébile très-visible. L'opérée est une femme de chambre, mais que c'eût été malheureusement sa maîtresse, et elle ne pouvait plus paraître en soirée avec les vêtements décolletés à la mode sans laisser voir ce stigmate pouvant avoir de graves dommages pour elle sur le marché matrimonial. Si exceptionnel que soit ce cas, il est utile de le signaler, pour ne pas exposer d'autres opérateurs à de vifs reproches. (*Lancet.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

De l'emploi du tannin dans la pleurésie chronique. Le tannin a été conseillé dans ces dernières années contre diverses affections des voies respiratoires, la bronchite, la congestion pulmonaire, la dilatation bronchique, la phthisie. M. Duboué, de Pau, vient de l'employer avec succès dans deux cas de pleurésie chronique avec épanchement purulent et communication bronchique.

Voici, en quelques mots, l'histoire des deux malades chez lesquels ce médicament a été mis en usage.

Obs. I. Un homme de quarante-quatre ans, d'une forte constitution, a eu, vers le mois d'avril 1865, une pleuro-pneumonie droite traitée par des vésicatoires volants et le tartre stibié; la phlegmasie abandonne le parenchyme pulmonaire, se localise dans la plèvre, où elle se termine par un épanchement. Dans le courant du mois d'août, à la suite d'une violente quinte de toux, rejet par la bouche d'une grande quantité de liquide purulent, et cette expectoration, fréquemment imprégnée de sang, se continue jusqu'en novembre. M. Duboué constate à ce moment un épanchement pleurétique qui s'est ouvert dans les bronches, et trouve à la percussion une diminution de sonorité dans toute la partie postérieure du poumon droit, surtout au niveau de la fosse épineuse, et l'auscultation révèle dans toute cette région une obscurité notable du murmure respiratoire; quelques râles sous-crépitants, sans retentissement particulier de la voix. Il existe en outre des troubles généraux de la fièvre hectique.

Le tannin est immédiatement commencé; 60 centigrammes sont donnés chaque jour pendant près d'une semaine. Au bout de ce temps les forces reviennent et bientôt s'établit la convalescence.

Obs. II. Un homme est atteint, dans le mois de mars 1865, d'une pleuro-pneumonie droite, à laquelle succède un épanchement purulent de la plèvre. Au bout de deux mois, le liquide pleurétique est évacué par la bouche; la guérison ne survient pas, et au mois de novembre l'on constate encore tous les signes d'une communication pleuro-bronchique. La médication par le tannin est instituée (60 centigrammes par jour). Dès le huitième jour une certaine amélioration se produit; elle est un moment enrayée par le retour de quelques accidents; mais, dans le mois de janvier, la convalescence est franche, et en mars la guérison est effectuée.

Le tannin nous semble parfaitement indiqué dans ces cas. C'est un tonique astringent; il a donc une double influence. En même temps qu'il agit sur l'un des éléments de la maladie et qu'il diminue les sécrétions morbides, pleurale et bronchique, il exerce une action tonique et reconstituante sur l'ensemble de l'organisme, et améliore la nutrition générale profondément altérée par l'affection locale. (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de Bordeaux.*)

Polype laryngé extirpé par la bouche. M. le docteur Édouard Fournié a extirpé une tumeur fibreuse située dans le larynx. Cette tumeur, assez volumineuse (deux centimètres et demi) pour boucher la cavité laryngienne, gênait considérablement deux fonctions importantes : la voix était abolie depuis quatre ans, et la respiration se faisait avec de si grandes difficultés que la trachéotomie avait dû être pratiquée pour assurer la vie du malade. Depuis les travaux d'Ehrman (de Strasbourg), tous les chirurgiens préconisaient, en pareil cas, l'ouverture du tube aérien au niveau ou au-dessus du larynx pour extirper la tumeur.

M. Fournié a été assez heureux pour enlever la tumeur par la bouche au moyen de pinces courbes particulières construites pour la circonstance par MM. Robert et Colin. Cette opération a été pratiquée en présence de M. Mounié, médecin en chef du Val-de-Grâce, le 20 mai.

Aujourd'hui le malade respire très-bien et il a complétement recouvré la voix.

La tumeur, examinée au microscope par M. Paulet, professeur d'anatomie au Val-de-Grâce, présente tous les caractères d'une tumeur fibro-plastique renfermant des cellules plasmatiques à noyaux multiples.

M. le professeur Richet, qui avait examiné le malade et la tumeur quelques jours avant l'opération, avait également diagnostiqué un fibrôme. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 30 juin, ont été promus ou nommés, dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le baron Liebig.

Au grade d'officier : MM. Duchartre, professeur à la Faculté des sciences de Paris ; — Koch, professeur de botanique à l'Université de Berlin.

Au grade de chevalier : MM. Grandeau, docteur ès sciences ; — de Beaufort, inventeur d'appareils mécaniques pour les amputés ; — Linden, directeur du jardin botanique de Bruxelles ; — Bineau, médecin en chef des hospices de Saumur ; — Adrien Saurel, médecin à Paris ; — Voyet, médecin des hospices de Chartres.

La distribution des récompenses de l'Exposition universelle de 1867 a eu lieu le 1er juillet. Parmi les lauréats nous relevons :

Grand prix : J.-L. Mathieu (de Paris), instruments de chirurgie ; — Brunetti (de Padoue), préparations anatomiques ; — Triana (de Bogota), collections de plantes médicinales et industrielles ; — Comité génevois, fondateur de l'Œuvre internationale des secours aux blessés militaires ; — Commission sanitaire des Etats-Unis.

Ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

Sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a décerné des récompenses honorifiques aux médecins qui se sont le plus distingués par leurs travaux ou leurs services eu matière d'épidémies, pendant l'année 1865, savoir :

1. *Médailles d'argent* : MM. les docteurs Bertrand, médecin-major de 2e classe ; Dehec, d'Arras (Pas-de-Calais) ; Daga, médecin-major de 1re classe ; Meilheurat, de La Palisse (Allier) ; Fargeaud, de Saint-Léonard (Haute-Vienne) ; Serradell, de Prades (Pyrénées-Orientales) ; Prestat, de Pontoise (Seine-et-Oise) ; Ancelon, de Dieuze (Moselle).

2. *Médailles de bronze* : MM. Baillot, de Bar-le-Duc (Marne) ; Gintrac (Henri), de Bordeaux (Gironde) ; Costa, médecin-major de 2e classe ; Bernard, de Dieulouard (Meurthe) ; Chabrand, de Briançon (Hautes-Alpes) ; Brossard, d'Epône (Seine-et-Oise) ; Prieur, de Gray (Haute-Saône) ; Monot, de Moux (Nièvre).

3. *Mentions honorables* : MM. les docteurs Goupil des Paillières, de Nemours (Seine-et-Marne) ; Gevrey, de Vesoul (Haute-Saône) ; Villan, d'Embrun (Hautes-Alpes) ; Monteils, de Marvejols (Lozère) : Dauvin, de Saint-Pol (Pas-de-Calais) ; Claudot, de Neuf-Cher (Vosges) ; Bocamy, de Perpignan (Pyrénées-Orientales) ; Clément, de Fraisnes (Meurthe) ; Massina, de Thuir (Pyrénées-Orientales) ; Schmitt, de Sarralhe (Moselle) ; Lemoine, de Château-Chinon (Nièvre) ; Charpentier, de Premery (Nièvre) ; Malichecq, de Mont-de-Marsan (Landes) ; Gandhlon, de Lombez (Gers) ; Benoît, de Dieulefit (Drôme) ; Vesine-Larue, de Lavaur (Tarn).

4. *Rappel de médailles d'argent* : MM. les docteurs Mordret, du Mans (Sarthe) ; Larivière, médecin principal d'armée ; Demonchaux, de Saint-Quentin (Aisne) ; Fouquet, de Vannes (Morbihan) ; Masse, médecin de l'hôpital militaire de Blidah (Algérie) ; Benoist, de Guingamp (Côtes-du-Nord) : Reverchou, de Chaumont (Haute-Marne) ; Le Bêle, du Mans (Sarthe) ; Dusoull, de Melle (Deux-Sèvres) ; Mignot, de Gannat (Allier) ; Carret, de Chambéry (Savoie) ; Piedvache, de Dinan (Côtes-du-Nord).

M. le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, commencera à cet hospice des Conférences sur les maladies mentales et les affections nerveuses le dimanche 14 juillet, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de la phthisie pulmonaire par le vaporarium.

Le professeur Trousseau, dont nous déplorons la perte récente, avait imaginé, dans la dernière année qu'il passa à l'Hôtel-Dieu comme médecin de cet hôpital, de soigner les phthisiques en les faisant vivre d'une façon permanente dans une atmosphère chaude et humide, et en cela il était guidé par ce fait d'observation que dans les filatures de lin, qui exigent un air chaud et humide, le nombre des phthisiques est relativement restreint. Un appareil analogue à celui que nous décrirons tout à l'heure fut installé dans une salle de l'Hôtel-Dieu disposée exprès, et un grand nombre de médecins et d'élèves l'ont vu fonctionner. Malheureusement, les essais ne purent être continués pendant un temps suffisant pour juger la question; quelques tentatives isolées furent faites dans la pratique par plusieurs médecins de Paris; mais, à notre connaissance, aucune observation n'a été publiée, et le seul travail [1] sur ce sujet est dû à un de nos confrères les plus distingués de la province, M. Ad. Henrot, de Reims. Comme nous y trouvons l'application d'une idée neuve qui nous paraît rationnelle et destinée à rendre des services dans le traitement d'une affection si grave, nous avons cru utile de la reproduire, tout en demandant que de nouveaux faits viennent bientôt confirmer ceux de nos confrères de Reims.

En 1864, un des industriels les plus distingués de Reims allait consulter M. le professeur Trousseau pour sa fille, dont la poitrine était fortement compromise. M. Trousseau, dans sa consultation, émit l'idée que, si la personne qui le consultait possédait une machine à vapeur, et si l'on pouvait mettre la malade dans un atelier rempli d'un air chaud et humide analogue à l'atmosphère des filatures de lin, la malade se trouverait dans d'excellentes conditions. Il ajouta qu'on avait remarqué le petit nombre de phthisiques dans les filatures de lin, qui exigent un air chaud et humide, et que lui-même il avait obtenu déjà de bons résultats dans un cas de phthisie chez un filateur des environs de Paris.

La malade revint à Reims et montra sa consultation à M. le docteur Galliet, son médecin habituel. M. Galliet n'hésita pas à

(1) *Bulletins de la Société médicale de Reims*, t. Ier.

suivre les conseils de M. Trousseau et à faire construire dans l'établissement qu'occupait sa malade une chambre dans laquelle on fit arriver de la vapeur d'eau. Les résultats furent si prompts, si inattendus, que M. Galliet employa le même moyen sur plusieurs malades, et son exemple a été suivi par un certain nombre de ses confrères.

Le vaporarium est une chambre remplie de vapeur d'eau et dans laquelle le malade séjourne constamment. Pour obtenir une atmosphère humide et chaude, deux moyens ont été employés :

1° Dans les établissements où existe une machine à vapeur, on fait passer dans une chambre un tuyau amenant de la vapeur; ce tuyau plonge dans le fond d'un baquet rempli d'eau; ce baquet doit avoir une certaine hauteur et une large surface, de façon que la vapeur, en traversant le baquet, se charge d'une grande quantité d'eau, et que l'évaporation soit plus considérable.

Le second procédé consiste à faire disposer dans la chambre du malade un tuyau amenant du gaz à éclairage, terminé par un appareil analogue à celui qui est employé dans les cuisines dont les fourneaux sont chauffés par le gaz.

Au-dessus de la couronne percée de trous donnant le gaz dont la combustion doit chauffer l'appareil supérieur, on dispose un vase en fer-blanc complétement fermé comme une marmite de Papin, pouvant contenir 20 à 30 litres d'eau et se terminant à sa partie supérieure par un tuyau. On remplit d'eau aux deux tiers le vase fermé, on allume la couronne de gaz, l'eau entre en ébullition, et la vapeur qui vient se réunir dans le tuyau traverse, comme dans le cas précédent, un large baquet. Il faut, pour obtenir les résultats cherchés, saturer la vapeur autant que possible.

Les observations faites l'ont été avec l'un ou l'autre de ces appareils. L'appareil à gaz est moins favorable, plus dispendieux, et si les gouttelettes d'eau qui peuvent en tomber venaient à éteindre le gaz pendant la nuit, il pourrait devenir dangereux. Cet appareil dépense 2 francs de gaz à éclairage dans une nuit.

Pour une chambre ordinaire, un baquet de 1m,50 de long, de 30 à 40 centimètres de haut et autant de large, est suffisant, et on peut amener facilement la température de la chambre à 25 ou 27 degrés centigrades. Les malades observés ont été soumis à une température variant de 23 à 27 degrés.

Observations de M. le docteur Galliet. — Le premier fait est relatif à une dame de trente-deux ans, présentant tous les symptômes d'une phthisie confirmée datant de quatre ans.

La malade a eu une sœur morte phthisique. M. Galliet avait constaté à bien des reprises différentes les symptômes suivants : Matité aux deux sommets, râles sous-crépitants et caverneux, voix chevrotante, enfin tous les signes caractéristiques de cavernes des deux côtés. Les symptômes généraux étaient en rapport avec les symptômes locaux : suppression des règles, hémoptysies fréquentes, toux quinteuse, fièvre hectique, perte de l'appétit, émaciation considérable.

Cet état désespéré, qu'une saison des Eaux-Bonnes n'avait pas amélioré, durait depuis six semaines, et l'on ne donnait plus à la malade qu'un ou deux mois d'existence, lorsqu'on la soumit au vaporarium.

Dans une chambre très-vaste, on a fait arriver un tuyau amenant de la vapeur d'eau. La vapeur, en s'échappant du tuyau percé de trous, traverse dans sa longueur un baquet long de 4 mètres, large de 40 centimètres, haut de 30 centimètres. La température de l'eau traversée par la vapeur est de 50 à 60 degrés centigrades. La température constante de la chambre, sous l'influence de la vapeur, est de 25 à 27 degrés centigrades.

La chambre était remplie d'une vapeur formant brouillard; lorsqu'on y entrait, les habits étaient rapidement mouillés, des gouttes d'eau ruisselaient le long des murs. La malade resta trois mois dans cette chambre sans en sortir, dans un état de sudation constant ; sous son influence, une amélioration se produisit avec une rapidité étonnante, la fièvre diminua, l'appétit revint, les forces reparurent, enfin l'état général fut tellement bon, que, lorsque la malade sortit du vaporarium, M. Galliet la considéra comme guérie, avec des cavernes cicatrisées.

Le deuxième fait est relatif à une jeune fille de vingt ans, dont la santé s'était progressivement altérée depuis plus de deux ans, et qui présentait tous les symptômes locaux et généraux d'une altération spécifique des sommets. L'appétit avait disparu, la maigreur était extrême; les deux sommets étaient le siége d'une crépitation humide, suppression des règles. Au bout de trois mois du même traitement, les signes locaux avaient disparu, la santé était redevenue excellente, et la jeune fille avait repris à peu près son embonpoint primitif.

Troisième fait. Jeune homme de dix-sept ans, sujet à des hémoptysies fréquentes et présentant une excavation à chaque sommet. Il reste un mois dans la chambre à inhalation, et en sort avec une amélioration considérable.

Dans un quatrième cas, les lésions étaient trop avancées; en soumettant son malade au vaporarium, M. Galliet n'espérait rien; c'était surtout en vue de remonter le moral que le malade y fut conduit. Il ne put le supporter que quelques jours et mourut bientôt.

Le cinquième fait est relatif à un enfant de douze ans, chez qui la phthisie était liée à un état scrofuleux considérable, et chez lequel il n'y avait pas de guérison à attendre. Il succomba.

M. Galliet avait pensé qu'en faisant respirer à un enfant atteint du croup un air chargé d'humidité d'une façon permanente, cette espèce de fumigation pourrait aider au détachement des fausses membranes. Il eut occasion de l'employer sur un enfant de trois ans, très-vigoureux, qui fut soumis au traitement en pleine suffocation; au bout de six heures, l'enfant rendait des paquets considérables de fausses membranes, et la guérison arrivait.

M. Ad. Henrot a observé une jeune fille de vingt-cinq ans, dont une sœur est morte phthisique. Atteinte autrefois de scoliose, et sous l'influence d'une chloro-anémie pour ainsi dire constitutionnelle, elle a été soumise au vaporarium depuis six semaines. Après plusieurs pleurésies très-limitées du côté droit, sans épanchement, elle a été prise d'une toux quinteuse, sèche, nerveuse, qui dure depuis trois ans sans interruption. Il n'y a aucun signe local de tuberculisation; cependant la toux persistante, l'amaigrissement qui va toujours en augmentant, le manque d'appétit, ont fait craindre aux parents l'imminence d'une manifestation tuberculeuse, et ils ont instamment prié M. Henrot de soumettre la malade au vaporarium.

Ses effets ont été les suivants : les quintes de toux sont devenues plus pénibles, plus tenaces; cette toux nerveuse s'est bientôt transformée en accès hystériformes, avec contracture de tous les muscles inspirateurs.

Pendant toute la crise, le diaphragme semble dans une contraction permanente; ces crises ont duré quelques jours. Au bout de six semaines, l'état général s'était plutôt aggravé, l'appétit avait complétement disparu, et la sudation constante, quoique modérée, avait anéanti complétement les forces; mais en revanche la toux avait à peu près disparu.

En résumé, dans ce cas, le vaporarium a modifié très-avantageusement une toux nerveuse persistante, mais il a augmenté l'état d'affaiblissement succédant à une chloro-anémie des plus tenaces.

A la sortie du vaporarium, cette jeune fille a éprouvé, en respirant un air non saturé, une véritable souffrance caractérisée par une sécheresse de la gorge et des bronches. Au bout de quelques jours, cette sensation pénible avait disparu.

Un autre malade de M. Ad. Henrot, M. H***, fut soumis au vaporarium. Ce malade, atteint de cavernes des deux poumons, et très-probablement d'ulcérations intestinales consécutives à des excès alcooliques, accompagnées de tuberculisation mésentérique, éprouva un grand soulagement du côté du poumon. La toux était moins fréquente et moins pénible, mais il succomba aux altérations intestinales, qui se manifestaient par des déjections sanguinolentes qui épuisèrent rapidement le malade.

Un asthmatique, après une crise, ayant passé une journée dans le vaporarium, éprouva un soulagement notable. Mais l'éloignement de l'établissement l'empêcha de continuer. Il est rationnel de penser que la chambre de vapeur serait d'un puissant secours dans cette maladie.

M. Henri Henrot a soumis deux malades au vaporarium :

1° Une femme de soixante ans, épicière, d'une bonne santé habituelle, était très-bien portante, lorsque, le 1er mars 1866, elle se plaint d'un léger enrouement.

Le lendemain, elle a tous les signes d'un œdème de la glotte. Inspiration extrêmement difficile, très-bruyante, très-pénible ; on sent sous le doigt les replis aryténo-épiglottiques, sous la forme de deux cordons très-durs, très-résistants.

Un traitement très-actif, et surtout l'alun porté directement sur les replis, arrête les phénomènes d'asphyxie.

Du 3 au 8, l'amélioration continue.

Mais, les 9, 10, 11, les symptômes reparaissent avec une nouvelle et plus grande intensité.

Le 12, la malade n'avait pas dormi un seul instant depuis trois jours et trois nuits; l'inspiration était tellement bruyante, que, la nuit, les voisins habitant l'autre côté de la rue l'entendaient. L'asphyxie était imminente. La trachéotomie n'est pas faite, faute d'une canule d'adulte. Les scarifications multipliées faites avec le bistouri et avec les ciseaux à polypes utérins n'apportent aucun soulagement.

C'est dans ces conditions que la malade est soumise au vaporarium. L'amélioration fut très-rapide : au bout d'une heure, la malade était moins gênée, elle dormait paisiblement, et le jour même elle prenait des bouillons, chose qu'elle n'avait pas faite depuis sa rechute.

Le soir, la malade respirait librement ; le bruit inspiratoire avait disparu pendant l'état de veille, mais, pendant le sommeil, il s'entendait encore assez fort.

Le vaporarium a donc eu une action très-prompte et très-heureuse.

2° Le second malade est un jeune enfant de sept ans, atteint du croup survenu au déclin d'une scarlatine; l'enfant, qui asphyxiait, a été soulagé pendant trois heures par le vaporarium, mais, six heures après son entrée dans la vapeur, les phénomènes asphyxiques ayant reparu, il dut être opéré ; il mourut le quatrième jour par la propagation de la diphthérie dans les bronches.

M. Doyen, après avoir laissé pendant six semaines un phthisique arrivé au deuxième degré, a été obligé de cesser l'emploi du vaporarium. La maladie avait suivi sa marche sans être nullement amendée, et cependant il n'y avait pas une grande surface pulmonaire malade, condition qui semblait favorable à M. Galliet lorsqu'il fit part à la Société des résultats qu'il avait obtenus.

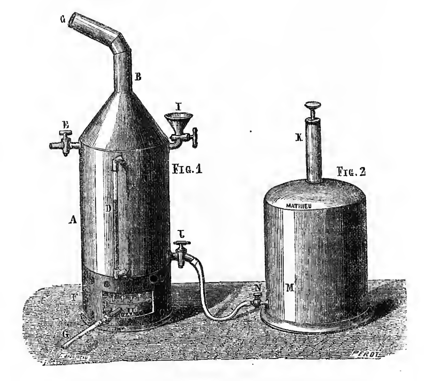
M. Bienfait a été obligé de retirer au bout de quinze jours un phthisique qui avait les lobes moyen et supérieur du poumon gauche ramollis. Il n'y avait eu aucune espèce d'amélioration.

En résumé, si nous cherchons à apprécier l'influence du vaporarium, un an après les essais qui ont été tentés, nous constatons :

Trois phthisies confirmées ont été guéries et sont aujourd'hui dans un état parfait de santé ; deux cas de toux opiniâtre très-améliorés; un croup rapidement guéri, et un œdème de la glotte, qui avait résisté à tous les moyens employés, guéri en quelques heures. Puis, à côté de ces résultats inespérés, des insuccès sur des phthisies trop avancées et sur plusieurs cas de croup.

Quoi qu'il en soit, et malgré le petit nombre de faits observés, on comprend que l'emploi de la chambre de vapeur puisse être très-favorable dans bien des cas, et par exemple remplacer, l'hiver, le séjour dans les pays méridionaux et dans les régions maritimes. On obtient, en effet, avec le vaporarium une température constante et un air constamment saturé d'humidité ; on pourrait sans grande dépense, dans les grandes villes, dans les hôpitaux, construire de ces chambres et même des appartements complets dans lesquels on ferait arriver facilement de la vapeur par un procédé quelconque. Il faudrait seulement n'employer, dans la décoration des pièces, que des matériaux comme l'asphalte, le ciment, le stuc, le zinc, qui ne sont pas altérés par l'humidité, les matelas de varech, etc.

Plus tard, on pourra même saturer l'air par tel agent médicamenteux qu'on voudra, en faisant dissoudre celui-ci dans l'eau du baquet que traverse la vapeur, comme le sel marin, les préparations sulfureuses, le goudron, etc.



Au bout d'un jour ou deux, les malades vivent dans cet air exactement comme dans leur chambre, et ne sont nullement incommodés par la vapeur; les sudations constantes qu'on peut obtenir pourront avoir une action puissante par leur persistance dans les rhumatismes, la goutte, les obstructions viscérales, la diathèse syphilitique, etc. Les bronchites chroniques, les pharyngites granuleuses devront être modifiées avantageusement par ce mode de traitement.

Nous sommes heureux de pouvoir signaler à nos confrères ce nouveau moyen thérapeutique, dont nous ne pouvons encore apprécier l'importance, mais auquel nous pouvons dès aujourd'hui prédire un avenir sérieux, parce qu'il est un modificateur général

applicable à bien des cas où les traitements ordinaires sont si souvent impuissants.

Nos confrères de Reims et nous, nous nous proposons de faire de nouvelles recherches sur le vaporarium, dont l'emploi a été jusqu'ici d'une rare application, à cause des frais ou du déplacement qu'il occasionne.

L'appareil dont nous donnons ici le dessin a été confectionné par M. Mathieu, pour le service de Trousseau. Il a l'avantage de pouvoir fonctionner partout, puisqu'on a recours à un mode de chauffage simple et économique.

La figure 1 représente un appareil composé d'une chaudière cylindrique tubulée A, munie d'un niveau d'eau D, d'un robinet de chargement I, d'un autre robinet de vidange G, et d'un troisième E, d'où s'échappe la vapeur projetée dans la salle habitée par le malade. Cette chaudière est chauffée à l'aide d'une couronne criblée de petits trous et alimentée par le gaz hydrogène ou bien par une lampe à plusieurs becs brûlant du pétrole.

Le calorique passe par les tubes qui traversent verticalement la chaudière; le tirage se fait au moyen d'un tuyau BC, dont l'extrémité communique avec l'air extérieur par la cheminée ou une ouverture quelconque.

L'appareil, une fois en fonction, peut être alimenté par un second cylindre (fig. 2) plein d'eau et mis en communication avec la chaudière par un tube élastique qui part du robinet N et vient s'ajuster au robinet J; la pompe K sert à comprimer l'air dans le récipient (fig. 2), de façon à produire une pression sur l'eau qu'il contient et à la faire passer dans la chaudière A, lorsque le niveau indique que l'alimentation est devenue nécessaire.

Effets remarquables du perchlorure de fer dans quelques altérations de l'hématose et notamment la pyoémie;

Par M. Dauvergne père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, etc., etc.

Malgré les travaux de MM. Andral et Gavarret, Dumas, Lecanu, Denis de Commercy, Lhéritier, Becquerel, Mulder, Fernet, Cl. Bernard, Moleschott, Béclard, etc., les quelques recherches que j'ai consignées dans mon *Hydrothérapie générale sur l'hyper et l'hypoalbuminose*, la science est encore à ses premières évolutions sur les maladies du sang. Toutefois, les résultats obtenus sont déjà assez importants pour faire comprendre que l'avenir de la médecine réside en

grande partie dans la connaissance des altérations de l'hématose, véritable excitant de l'organisme fonctionnel, plasma ou ciment unique de tous nos organes, de tous nos tissus, comme de toutes les altérations pathologiques, fondement réel de tous les tempéraments et source de toutes les cachexies.

Chaque jour un pas nouveau a été fait dans cette voie, et je n'en prendrai à témoin que les articles consignés dans les derniers numéros du *Bulletin* et extraits d'un ouvrage de M. Jaccoud. Il s'agit de la saignée dans la pneumonie, et le savant praticien montre combien nous sommes loin du temps où l'on considérait le sang comme devant être retiré pour faciliter ou déterminer la résolution de la phlegmasie pulmonaire. Il le regarde, au contraire, comme utile pour conserver à l'organisme sa force d'action et de résistance à la lutte engagée, et montre, de la manière la plus évidente, que la saignée, loin d'avoir une action curatrice, ne diminue pas d'une heure la longueur de la maladie ; qu'elle n'est qu'un moyen temporaire et mécanique de soulagement, avec lequel on court risque d'affaiblir le malade et de lui enlever l'action physiologique nécessaire pour parvenir au terme de l'affection, c'est-à-dire de la résolution de la stase sanguine pulmonaire.

Louis, l'homme de précision par excellence, était arrivé déjà, à peu près, à cette conclusion sur les effets de la saignée en général ; tandis que, dans la pneumonie en particulier, ma pratique m'a démontré, depuis plusieurs années, que, loin de favoriser la résolution de la phlegmasie, elle ne faisait qu'en ralentir la marche et éloigner le moment de sa résolution, lorsqu'elle ne l'empêchait pas. Ce sont des faits nombreux qui m'ont amené ainsi à ne plus saigner, même chez les individus les plus vigoureux et dans les pneumonies les plus aiguës. J'ai précisément, à ce sujet, un travail tout préparé où je compare, dans une confession générale, ma pratique ancienne et nouvelle, et que je n'ai pas encore publié faute de temps.

Pour y suppléer en attendant, et bien que ceci paraisse s'éloigner de mon sujet, je citerai très-brièvement un fait récent qui est une des preuves les plus manifestes de la valeur de cette pratique. Un jeune homme de vingt-neuf ans, fort et robuste, par ignorance autant que par incurie, avait laissé parvenir une pneumonie violente jusqu'au troisième degré. Tout le poumon droit était envahi jusqu'à la base, on n'entendait plus que vers le niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du souffle bronchique. Plus de râles, si ce n'est en haut et en avant. Les crachats étaient noirs, jus de pruneaux, la fièvre ardente, le pouls élevé, la figure vultueuse, les

urines d'un rouge foncé. Le malade était dans un affaissement comateux et répondait mal aux questions qu'on lui adressait; il délirait même. Malgré ces indications si formelles pour les anciennes idées qui régissaient la médecine, je ne le saignai pas, parce que loin de croire que la saignée eût pu favoriser la résolution de la stagnation sanguine, surtout à ce moment avancé de l'affection, je pensai qu'elle aurait entravé la synergie organo-fonctionnelle nécessaire pour l'absorption de cette grande hépatisation. Je donnai donc, comme à mon habitude, une potion au kermès et à la digitale à haute dose et recommandai, vu le danger, la plus grande exactitude à son administration. En deux jours la fièvre diminua ; en quatre elle céda, et avec cette sédation reparut la sonorité de la poitrine, les crachats blancs et spumeux. Au huitième jour, je cessai mes visites, le malade étant en pleine convalescence. Or, lorsque autrefois je traitais mes malades par la saignée, même en y associant les antimoniaux, une maladie semblable durait quinze jours ou trois semaines, et chez quelques-uns la convalescence a été si longue et si pénible, que j'ai vu des individus perdre leurs cheveux, renouveler leur épiderme et ne plus recouvrer de leur vie leurs forces et leur embonpoint.

Ce fait, qui n'a pas plus de deux mois de date, qui se passait d'ailleurs en même temps que celui qui fait le principal sujet de cet article, vient prouver, en même temps, que la violence de la fièvre n'est pas toujours un signe de pléthore, comme on le croyait; qu'elle n'entraîne pas nécessairement l'indication de la saignée, et que c'est souvent ailleurs qu'il faut chercher le moyen de ramener les fonctions organiques à la condition de leur physiologie médicatrice. En effet, loin de nous la pensée de croire que nous ayons constamment à chercher la modification chimique qui doive remédier à l'altération de l'hématose. L'action de modérer, de soutenir ou d'exciter les mouvements organo-fonctionnels forme encore une série de médications très-importantes; tandis que nous avons prouvé ailleurs qu'en excitant diverses excrétions, nous modifions en réalité et différemment la constitution chimique de nos humeurs, et partant de notre sang. (Voyez notre *Hydrothérapie générale* et notre *Dogmatisme pratique au sujet des dartres en particulier et des maladies chroniques en général*, in *Bulletin de Thérap.*, t. XXXVII, 1849.)

Cette digression, en apparence étrangère au sujet, est le tableau en raccourci de l'évolution qui s'effectue dans la science. Elle montre même la lutte qui s'opère souvent dans l'esprit du médecin entre

les anciennes idées et celles que font naître toutesles recherches nouvelles, lutte qui, comme on le verra, se montre encore dans l'histoire de pyoémie qui va suivre; car, bien que la science ne soit encore qu'à ses premiers pas sur les altérations de l'hématose, la lumière qu'elle projette par-ci par-là est encore suffisante pour enhardir le praticien et l'engager dans des voies inexplorées, alors que les routes battues viennent à lui faire défaut. Elle sera, enfin, autant la démonstration nouvelle du progrès obtenu que de ces paroles de Zimmermann : « *que le médecin qui ne lit pas est un homme dangereux*, » puisque, dans le moindre fait, il peut y avoir le germe d'une série d'inspirations nouvelles. Ce sont, d'ailleurs, de pareilles idées qui m'ont fait un devoir de prendre aussitôt la plume pour exposer devant le monde médical une observation qui assure un remède efficace dans une maladie le plus souvent mortelle, tout en ouvrant une nouvelle voie peut-être pour le traitement de diverses autres maladies.

Obs. I. *Hydroémie ou mieux sans doute hypinose.* — Il y a environ quatre ans que je fus appelé dans la commune de Reillanne pour l'enfant Isoard, âgé de six ans, que je trouvai dans l'état suivant à la suite d'une rougeole qui régnait dans le pays et dont il fut atteint, traité, comme veut toujours le vulgaire, à force de chaleur, par une masse de couvertures et un vésicatoire au bras, je ne sais pourquoi; je vis un enfant pâle, chétif, amaigri, avec le pouls très-fréquent, des sueurs abondantes et des hémorrhagies non-seulement par les muqueuses et la surface du vésicatoire, mais sur le tégument du ventre, des aines, là où la peau était plus lâche et plus fine. Ces hémorrhagies cutanées ne se faisaient pas par plaques isolées, comme dans la péliose scorbutique, mais par larges surfaces, et ces surfaces étaient non pas d'une couleur violacée rougeâtre, mais d'un bleu pur presque tendre, circonstance qui m'avait toujours paru, dans les nombreuses rélioses scorbutiques que j'avais pu observer pendant mon long séjour à l'hôpital Saint-Louis et en ville, dans la clientèle de mon illustre maître, le baron Alibert, comme signe de la faiblesse de la constitution, ou, pour parler plus techniquement, de la défibrination du sang et de son aglobulie. En effet, plus j'observais cette hémorrhagie sous-épidermique chez des sujets forts et vigoureux, plus la couleur des taches était rougeâtre, et plus les sujets étaient faibles, anémiés, plus on les voyait tirant sur le bleu. D'autre part, plus les sujets étaient jeunes et robustes, plus saillantes étaient ces plaques. Il me souviendra constamment d'un jour que je travaillais chez Alibert, et où il me montra une dame grande et vigoureuse, qui portait une péliose dont les plaques

étaient rouges violacées et tellement saillantes qu'elles ressemblaient à de grosses pustules de variole. Par contraire, chez mon petit malade de Reillanne, la peau ne perdait pas son niveau, et, le pli des aines étant d'un bleu d'outremer presque tendre, j'en jugeais d'autant plus le sang défibriné.

Je prescrivis d'abord l'allégement des couvertures, l'aération de la chambre, puis une tisane de riz et de cachou aiguisée au citron, une potion au tannin, quelques potages et du vin. Tout cela sans résultat. Aussi, à ma seconde consultation, je conseillai une limonade vineuse et une potion avec 1 gramme et 1/2 de perchlorure de fer additionné de vin de Malaga.

Dans deux ou trois jours, la fréquence du pouls diminua, l'hématurie cessa, la surface du vésicatoire bourgeonna et suppura, les gencives ne saignèrent plus et les taches de la peau, au lieu de se reproduire, pâlirent insensiblement; l'enfant put prendre plus de nourriture et l'on ne tarda pas de venir m'annoncer sa guérison définitive et complète. Depuis, cet enfant s'est toujours bien porté.

Obs. II. *Pyoémie*. — Un de mes jeunes confrères, aussi éclairé que consciencieux, M. Fériaud, me fit appeler le 6 mai dernier en consultation à la Verdière (Var) pour M. Blanc, notaire de ce pays, chez qui il était survenu à la région dorsale un anthrax énorme, plus large qu'une assiette, élevé, rouge violacé et fournissant une multitude de gouttelettes de pus qui semblaient être produites par chaque aréole du derme. M. Blanc, homme d'une grande taille, âgé d'environ soixante ans, mais fort et robuste, n'avait jamais été malade, et en ce moment le pouls n'avait rien d'extraordinaire. D'ailleurs, le malade s'était toujours un peu alimenté, et M. Fériaud, qui avait compris tout d'abord la malignité du mal, n'avait pas voulu le débiliter. Jusque-là donc nous espérions pouvoir éteindre l'affection localement et nous n'avions que pour l'avenir des craintes d'infection générale.

Mais attendu cet envahissement toujours croissant de l'anthrax, et pour obvier à un immence sphacèle, nous convînmes aussitôt, M. Fériaud et moi, de pratiquer de profondes incisions; non pas seulement des incisions cruciales, dont les trop larges lambeaux n'eussent pas suffisamment empêché la propagation de l'inflammation et du sphacèle, mais des incisions multiples figurant assez bien les rayons d'une roue. Ces incisions nous fournissaient encore le moyen de modifier plus énergiquement et efficacement la région cellulaire sous-cutanée, d'où partait le foyer du mal. Séance tenante donc, nous badigeonnâmes tous les sillons de ces incisions avec

de la solution iodurée concentrée, que nous regardions, à juste titre, comme un des meilleurs modificateurs. Mais, chose remarquable et qui nous alarma réellement, c'est que M. Blanc n'accusa pas de vives douleurs, soit lors des incisions, soit surtout à l'action caustique de la solution iodurée.

Raison de plus qui nous porta à nous féliciter de notre pratique et qui nous détermina à panser encore avec des gâteaux de charpie imbibés d'une décoction aromatique fortement animée avec de l'eau-de-vie camphrée. Enfin, nous permîmes des bouillons, des soupes même; nous conseillâmes du vin trempé et de la limonade pour boissons. Ensuite, dans la crainte de la reproduction en autre lieu de l'anthrax, et, attendu les faits récents publiés sur l'action de l'eau de goudron contre la reproduction des furoncles (moyen que j'avais pu apprécier), nous jugeâmes à propos d'ordonner l'eau de goudron comme modificateur général. Nous nous y crûmes d'autant mieux autorisés que, ce même jour de l'opération de l'anthrax, M. Blanc se plaignait déjà d'une douleur au genou, douleur vague qu'il attribuait, disait-il, à un coup qu'il aurait reçu, il y avait peu de temps, dans une chute de voiture. Mais comme nous reconnûmes quelque léger gonflement au-dessus du genou, vers le faisceau du muscle vaste interne, nous conseillâmes déjà quelques frictions à l'onguent napolitain.

Nous quittâmes cependant notre malade pour quelques jours, confié d'ailleurs qu'il était aux soins intelligents de notre confrère M. Fériaud, et, dans cet intervalle, un habile chirurgien de Marseille, M. Broquier, parent du malade, vint le visiter. Or, bien que ce digne confrère eût bien voulu choisir le jour de ma seconde visite, nous nous manquâmes d'heure, et il repartit sans que nous eussions eu le plaisir de nous rencontrer. Je le regrettai d'autant plus, que je redoutais déjà un abcès à la cuisse gauche et que j'eusse voulu éveiller l'attention de M. Broquier sur ce phénomène, pour solliciter ses précieux avis. M. Broquier se borna donc à approuver notre conduite et à conseiller une bonne alimentation pour soutenir les forces du malade.

Malheureusement, l'abcès de la cuisse devint chaque jour plus manifeste, la fièvre s'alluma, la langue s'encroûta et le dégoût le plus absolu, même pour le bouillon, ne tarda pas à survenir. Que faire dans ces circonstances ? Le pouls fort et fréquent, la peau brûlante et aride, les urines rouges, l'état comateux du malade, alternant avec la plus vive agitation ?... Nous ne vîmes là que deux indications : évacuer le plus promptement possible le foyer puru-

lent, afin qu'un écoulement large et facile du pus ne favorisât pas une nouvelle résorption; exciter en même temps les excrétions gastro-intestinales et urinaires pour provoquer par ces émonctoires naturels l'élimination du pus.

Nous pratiquâmes alors une large et profonde incision au-dessus du genou, dans la direction des fibres de la partie inférieure du muscle vaste interne, et nous donnâmes aussitôt issue à environ 500 grammes de pus verdâtre, chaud et bien lié. Nonobstant, nous conseillâmes encore des injections aromatiques et alcoolisées, sous l'influence desquelles, à notre grande satisfaction et surprise, l'abcès se cicatrisa après trois ou quatre jours. Nous supprimâmes le vin et le bouillon à la sollicitation du malade et pour faciliter l'élimination; tandis que nous ordonnâmes une tisane nitrée et des purgatifs salins.

Ce traitement, qui m'avait réussi à Valensole, dans un cas de pyoémie, à la suite d'une phlébite et de divers foyers en suppuration, n'amena aucun résultat favorable ici, c'est-à-dire que, quelques jours après encore, un nouvel abcès se montra au moignon de l'épaule droite. Mais celui-ci, quoique ouvert et traité par les mêmes principes que le premier, ne se cicatrisa pas, et il s'en forma un troisième sur la même cuisse gauche au-dessus du premier, dans l'espace triangulaire formé par les adducteurs, le couturier et le vaste interne. Bien qu'en ce moment il fût difficile de sentir la fluctuation, je n'en plongeai pas moins un bistouri à la partie interne de la cuisse, et le lendemain il s'en écoula un pus séreux, d'une odeur fétide, à tel point, qu'à ma dernière visite il laissait échapper des bulles infectes de gaz hydrogène sulfuré.

Alors aussi, je vis d'une manière bien plus prononcée la plaie de l'anthrax au dos, celle du moignon de l'épaule, blafardes, à bords minces, affaissés et mous, donnant issue à un écoulement séro-sanguinolent, témoignage certain de l'appauvrissement sinon de l'altération profonde de l'hématose.

Serait-ce la râte, le foie, le poumon qui seraient malades, et, ne remplissant qu'incomplétement leurs fonctions, ne fourniraient qu'un sang imparfait?... S'était-il formé aussi dans leurs tissus quelque foyer purulent? J'explorai tous ces organes et ne trouvai aucune raison de les supposer altérés. C'était donc une pyoémie résultant de la résorption purulente! Nous n'eûmes aucun moyen de faire constater la présence du pus dans le sang par le microscope, mais, pour un praticien, l'altération générale du sang ne pouvait être douteuse à ce point de la maladie, avec tous les phénomènes

que nous avons signalés. D'ailleurs, le coma profond, l'abattement des forces, l'amaigrissement, la fréquence du pouls (120 pulsations), les sueurs profuses attestaient des dernières luttes de l'organisme. Et, en effet, tous les parents et amis du malade s'attendaient à sa fin prochaine. D'autant que M. Fériaud avait encore épuisé toutes les indications rationnelles; puisque, dans un certain moment, la fièvre se montrant par paroxysmes, notre confrère avait profité de la rémittence pour faire donner des lavements de sulfate de quinine et même du vin de quinquina.

Nous en étions là, dans notre embarras, avec M. Fériaud ! D'un côté, la fièvre ardente, les sueurs profuses; de l'autre, l'altération profonde de l'organisme, l'émaciation considérable, le coma toujours croissant, l'inutilité à la fois des purgatifs, des diurétiques et des toniques. M. Broquier, dans un voyage que je fis sur ces entrefaites, à Marseille, m'avait bien dit qu'il donnerait volontiers, en pareil cas, de l'alcool à l'intérieur. Mais il n'avait pas été témoin de cette fièvre prodigieuse !... D'ailleurs nous employions ce moyen dès le début à l'extérieur ; et, à l'intérieur, le vin, le vin de quinquina, la quinine, avaient été sans résultat.

L'alcool donné à l'intérieur pouvait bien réveiller l'action défaillante de l'organisme, mais cette action faiblissait-elle, puisque nous voyions une réaction fébrile soutenue, un pouls habituellement à 120 pulsations, fort, large, développé? L'alcool, au reste, avait-il quelque action sur la composition ou l'altération de l'hématose ? Pouvait-il ranimer particulièrement les organes formateurs du sang; en corriger chimiquement l'infection qui avait dû se produire? Nous ne pouvions le penser, du moins rien ne nous y autorisait ! Nous cherchions donc dans la science vainement un modificateur chimique et général qui pût à la fois agir sur le sang et la fibre organique, lorsque le souvenir du fils Isoard, de Reillanne, me vint à propos des plaies décolorées, molles, à sérosité sanguinolente que nous observions, et nous conseillâmes aussitôt le perchlorure de fer. Nous n'avions pas à redouter ses effets excitants sur l'appareil circulatoire, car non-seulement j'avais constaté le contraire chez l'enfant Isoard, mais encore dans plusieurs cas d'érysipèle. Depuis, en effet, que M. Ch. Bell, et plus tard M. Balfour, avaient préconisé le perchlorure de fer dans l'érysipèle, ce moyen m'avait paru si extraordinaire que j'avais voulu m'en rendre compte. Or, il m'a généralement si bien réussi chez les femmes et les enfants, que le lendemain souvent la fièvre tombe et l'érysipèle se flétrit. Cette action est si prononcée, et l'infirmière du couvent de la Présenta-

tion, à Manosque, en a été si vivement frappée, que cette dame, très-habituée aux malades et très-intelligente d'ailleurs, ne m'avertit souvent qu'après la guérison des érysipèles qu'elle traite au perchlorure, après un peu de tartre stibié en lavage, comme je le pratique.

Loin donc de pouvoir craindre les effets excitants du perchlorure, j'avais lieu d'espérer une action sédative de la circulation. D'autre part, nous ne pouvions employer un modificateur ou un régénérateur de l'hématose plus puissant. Or, il n'en fallait pas tant à l'intelligence de mon estimable confrère, pour adopter la seule planche de salut qui restait à notre malade. Seulement, pour mettre encore à profit les vues de M. Broquier, nous fîmes sur-le-champ une potion au perchlorure (3 grammes) à laquelle nous ajoutâmes une certaine quantité de rhum. Le lendemain, m'écrivait et m'a répété M. Fériaud, le malade ne sortit pas de son coma et de son profond collapsus. On craignit même plus que jamais pour sa vie, mais le second jour, la scène changea : il survint pendant quarante-huit heures des urines épaisses, couleur chocolat, tandis qu'auparavant elles étaient claires et limpides.

Dès lors, la figure reprit de l'expression, le pouls se modéra, se régularisa toujours mieux et le malade put reprendre quelques bouillons et successivement un peu de nourriture. Toutefois, le vaste abcès de la cuisse offrait toujours un large décollement, la suppuration était toujours liquide et infecte, malgré des injections aromatiques, alcoolisées, avec la liqueur de Labarraque, même encore avec la solution iodurée sur laquelle nous aimions tant à compter, à l'exemple de M. Boinet, pour modifier les parois du foyer et servir ainsi de barrière à la résorption purulente. Ce fut alors, en voyant cette inutilité, que M. Fériaud jugea à propos, comme il avait été convenu, de pratiquer ces injections avec le perchlorure. Il en mit peu, m'a-t-il dit, environ dix gouttes dans une seringue tenant un verre, et cependant trois injections suffirent pour réduire le foyer purulent, changer la suppuration et amener rapidement la cicatrisation.

Enfin, après huit à dix jours de l'usage du perchlorure à l'intérieur, l'état général et l'état local ont marché rapidement et d'une manière soutenue vers la guérison : la plaie de l'épaule s'est cicatrisée, la vaste plaie de l'anthrax a bourgeonné, et un mois après se trouvait réduite à la largeur d'une pièce de cent sous ; tandis que M. Blanc n'éprouvait d'autre inconvénient qu'un appétit insatiable et quelques démangeaisons à la peau. J'oublie cependant qu'il lui

était survenu un petit abcès superficiel, toujours à la cuisse gauche, et un furoncle à la jambe droite.

Enfin aujourd'hui, après six semaines depuis mon dernier voyage à la Verdière, j'ai eu des nouvelles définitives de notre malade par M. Fériaud lui-même. Tout va toujours de mieux en mieux : appétit, intelligence, embonpoint, tout revient ! Seulement l'altération de la constitution et, partant, des forces, a été si profonde, que M. Blanc n'a pu encore se lever, ne pouvant se soutenir sur ses jambes.

Réflexions. — Comment a agi le perchlorure de fer ? Est-ce comme modificateur chimique du sang ? est-ce comme régulateur et excitant des organes sanguifères ? est-ce comme diurétique, puisque M. Balfour lui reconnaît cette action et que M. Fériaud observa chez notre malade, pendant deux jours, une évacuation critique d'urines épaisses, couleur chocolat ? Assurément on ne peut s'expliquer toutes ses actions, nécessairement multiples et complexes, dans les nombreux rouages organo-fonctionnels qu'il a pu exciter, dans la composition chimique qu'il a dû modifier. Ceci est le mystère de l'avenir, et les progrès de la science seuls pourront l'expliquer un jour. Ce qu'il y a d'essentiel aujourd'hui, c'est le fait pratique, attestant, avec les observations de MM. Ch. Bell, Balfour et les nôtres, que, dans les érysipèles, comme dans les deux cas actuels, le perchlorure de fer n'excite pas le mouvement circulatoire, mais qu'au contraire il le ralentit ; que non-seulement il n'entrave pas la résolution des phlegmasies, mais que, dans l'érysipèle, qui a toujours été regardé comme le prototype de l'inflammation, il en détermine la résolution, la flétrissure, si l'on peut parler ainsi, au bout de deux jours, tandis qu'il en fallait au moins neuf avec les autres traitements. Maintenant, agit-il sur les vaisseaux capillaires ? en détermine-t-il la contractilité, et par là effectue-t-il plus rapidement la résolution de l'hyperémie ? Pourquoi cela ne serait-il pas ? Aujourd'hui qu'il est prouvé par les expériences de M. Cl. Bernard, que j'avais devancées par la force de l'induction et par la seule observation clinique (voyez mon *Hydrothérapie*, Prolégomènes, p. 16), que les tissus hyperémiés, loin d'être dans un état d'excitation, sont, au contraire, affaiblis et distendus, et ce n'est que par ce manque de ressort organique qu'ils se laissent pénétrer par le sang, distendre et, en un mot, phlegmasier.

On le voit, c'est là toute une source nouvelle de réflexions, de faits, de données, de principes que la médecine de nos jours a à vérifier et à utiliser ! Et les hémorrhagies, contre lesquelles il n'est

pas un praticien qui n'ait eu à se louer du perchlorure de fer, ne reconnaissent-elles pas pour causes pathologiques, comme les phlegmasies, soit une dilatation soit une faiblesse des capillaires exhalants ou autres ? Or, devant les faits que nous invoquons ou que nous produisons, la distinction des hémorrhagies en actives et en passives ne tombe-t-elle pas de sa propre vétusté ? Et l'action du perchlorure dans l'hémorrhagie comme dans la phlegmasie n'a-t-elle pas un double effet : et sur le sang, dont en augmentant la plasticité il ralentit la marche circulatoire ; et sur la contractilité des vaisseaux, par où il détermine la résolution phlegmasique ou l'arrêt de l'écoulement sanguin ?

Les probabilités qui, dans le cas de M. Blanc, se sont changées en certitude, l'action bien constatée du perchlorure dans les érysipèles, sur la circulation, nous donnent le droit de penser que ce serait un moyen utile dans diverses maladies du cœur, notamment les dilatations auriculo-ventriculaires, les insuffisances valvulaires et même dans les diverses apoplexies, qu'elles proviennent d'hémorrhagie ou de ramollissement cérébral. Aussi nous proposons-nous, dans ces circonstances, de l'essayer à la première occasion, autorisé que nous y sommes par l'insuffisance, sinon par le danger déjà reconnu des saignées en pareil cas. Nous appelons d'ailleurs sur ce sujet l'attention de nos confrères, parce que le concours de tous est indispensable lorsqu'il s'agit d'une rénovation complète de principes et de pratique.

Enfin, quoique les faits que nous exposons résolvent d'importantes questions pratiques, il y en a qu'ils ne font que soulever. En effet, dans le cas d'anthrax comme celui-ci, bien des sujets succombent à ce seul accident sans attendre des abcès consécutifs attestant l'infection générale. Pour beaucoup de médecins même, l'anthrax suffit déjà pour être regardé comme une maladie de toute la substance. Ils en trouvent, avec quelque raison, la preuve dans l'insuffisance du traitement local, quelque énergique qu'il puisse être.

Or, dans ces circonstances, tout en remédiant à l'état local par les divers modes d'incisions, de topiques qu'on a diversement conseillés, ne faudrait-il pas agir aussitôt sur l'hématose par l'administration intérieure du perchlorure ?

C'est là une question que notre fait pose, sans que nous ayons cependant le droit de la résoudre ; mais il me semble que déjà il indique clairement :

1° Que, comme modificateur local, le perchlorure peut compter parmi un des meilleurs, sinon le meilleur moyen ;

2° Qu'il ne pourrait y avoir d'inconvénient à l'administrer à l'intérieur dès les premières manifestations de l'anthrax, puisqu'il ne saurait agir contre la néoplasie elle-même, ni contre les troubles circulatoires réactionnels;

3° Qu'attendu l'insuffisance de la science, l'embarras de la pratique et les heureux effets de ce médicament dans le cas si grave que nous venons de rapporter, il nous semble qu'il ne pourrait y avoir que de l'avantage à l'administrer dès le début dans les cas plus simples ou plus bénins;

4° Enfin, en descendant ainsi du plus au moins, le perchlorure ne devrait-il pas être essayé de préférence au goudron dans les furoncles pour en empêcher la reproduction ?

5° De même, n'est-il pas permis d'espérer qu'employé tout de suite, localement, dans l'anthrax, il pourrait en arrêter tout à coup la marche?

6° Ne serait-il pas également à tenter sur les premières manifestations du furoncle? M. Fériaud me disait lui-même que, depuis le fait de M. Blanc, il l'avait employé avec succès sur un érysipèle ambulant d'un enfant à la mamelle. Seulement, il avait badigeonné la surface de la peau enflammée avec une solution très-affaiblie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement de la syphilis. — Discussion à la Société de chirurgie.

(2e article. — V. ci-dessus, p. 15.)

A la suite de la lecture du rapport de M. Dolbeau, on a pu croire un instant que la Société de chirurgie allait se partager en deux camps, les *mercurialistes* et les *antimercurialistes* ou *naturistes*, c'est-à-dire ceux qui traitent la vérole et ceux qui en abandonnent la guérison aux soins de la nature; mais on peut dire qu'à l'exception de M. Desprès, qui, étant au début de sa carrière chirurgicale, n'a peut-être pas toute l'expérience suffisante pour trancher définitivement une question aussi grave, tous ont émis cette opinion, que le mercure est un médicament très-précieux, souvent indispensable dans le traitement de la syphilis. Des nuances assez importantes, toutefois, et que nous allons indiquer, ont séparé les différents

orateurs. — La syphilis, disent depuis bien longtemps les naturistes, n'est autre chose qu'un poison introduit dans le sang, que la nature tend à éliminer. Les accidents cutanés, roséole, plaques muqueuses, syphilides de toute sorte, sont un des modes d'élimination. Ne troublez donc pas l'œuvre de la nature par un traitement intempestif; aidez-lui plutôt, en soutenant, à l'aide d'une hygiène reconstituante, la santé plus ou moins ébranlée du malade. Cette hypothèse, indémontrable, bien entendu, laisse le praticien absolument désarmé en présence de la syphilis; mais il ne faut pas avoir vu beaucoup de malades pour constater que la nature élimine souvent fort mal le poison, qu'un peu d'aide alors lui fait grand bien, et que le meilleur adjuvant que nous ayons, ce sont les préparations mercurielles.

Voici, du reste, ce que disait M. Le Fort au début de la discussion :

« La Société de chirurgie doit commencer aujourd'hui la discussion sur l'utilité des mercuriaux dans le traitement de la syphilis. Autorisé moralement par les opinions émises par quelques chirurgiens français et étrangers et par quelques-uns de nos collègues, j'ai voulu voir par moi-même quelle était en réalité l'utilité de ce traitement. Dans ce but, j'ai cessé, depuis deux mois, d'administrer des mercuriaux aux malades de mon service à l'hôpital du Midi.

« Aujourd'hui ma conscience m'empêche de continuer plus longtemps une expectation qui m'a donné des résultats déplorables, et que je crois concluants. »

Il n'y a donc pas lieu d'insister davantage sur ce point : oui, le traitement mercuriel est efficace contre la syphilis; voilà l'opinion générale.

Cette divergence, que nous constatons aujourd'hui et qui, ainsi qu'on l'a dit, est vieille comme la syphilis elle-même, a cependant une cause. Tous, en effet, nous avons vu des malades guérir sans traitement et d'autres ne point guérir, ou du moins très-péniblement guérir avec un traitement régulier. Est-ce à dire que le mercure soit inutile? Mauvais raisonnement, en vérité; n'est-il pas beaucoup plus logique d'admettre que l'action du virus varie suivant sa nature peut-être, mais surtout suivant le terrain sur lequel il prend racine; qu'il y a une syphilis faible et une syphilis forte, sans qu'on en sache la raison? Un fait incontestable, c'est que de deux hommes contractant la syphilis avec la même femme, l'un se débarrassera très-vite, tandis que l'autre épuisera toute la série des accidents secondaires et tertiaires.

Une autre cause qui a dû jeter de grands troubles dans la thérapeutique de la syphilis, c'est la confusion qui a si longtemps régné sur la nature du chancre, alors qu'on ne faisait pas la distinction entre le chancre mou et le chancre induré. L'abstention de tout traitement interne appliqué au chancre mou devait nécessairement donner des armes solides aux naturistes, puisque ce chancre ne cause jamais ou presque jamais la syphilis constitutionnelle. Un bon nombre de malades étaient donc guéris complétement et sans traitement. Mais nous mettons aujourd'hui cette cause d'erreur de côté, car il est bien évident qu'il faut commencer par faire un bon diagnostic avant d'instituer un traitement convenable. Or, les caractères cliniques de l'auto-inoculation nous permettent d'affirmer dans la presque universalité des cas si nous avons affaire à un chancre infectant ou non infectant.

Etant donné un chancre infectant, quelle est la conduite à tenir? Nous rencontrons ici M. Diday, de Lyon, qui professe une doctrine spéciale. Se basant sur l'examen des faits et sur une certaine théorie, assez douteuse d'ailleurs, qu'il propose de la nature du virus syphilitique, M. Diday ne donne pas le mercure durant le chancre primitif, ou du moins il ne le donne que rarement; que si, après quatre semaines, l'induration, devenue très-consistante, annonce une de ces véroles fortes contre lesquelles il y a lieu d'agir, non-seulement dès que la première éclosion d'accidents se révèle par des manifestations apparentes, mais dès qu'on est sûr qu'elle est en voie de s'opérer.

Il ne donne pas de mercure contre les accidents secondaires si ceux-ci sont légers, et si la constitution du sujet promet une force suffisante de résistance à l'agent morbide. Il en donne, au contraire, si la première poussée, au lieu de consister en roséole, en papules discrètes, se compose de macules foncées, de squammes, de pustules.

Même conduite à l'égard des récidives ultérieures. Pas de mercure si elles sont espacées, consistant en lésions superficielles, si leur apparition peut s'expliquer par des causes d'évolution indépendantes de la force du virus (tels sont les changements de saison, les excès, les émotions morales). Mercure dans les conditions opposées.

M. Diday donne cependant presque toujours le mercure pour certaines lésions contre lesquelles il possède une efficacité incontestable : l'iritis, l'onyxis, l'albuginite, la dysphonie. Au contraire, il ne le donne pas s'il n'existe qu'une syphilide palmaire ou plan-

taire, ou des plaques muqueuses, maladie contre laquelle l'action d'un traitement mercuriel interne est égale à zéro.

C'était donc bien à tort, on le voit, que M. Diday était rangé parmi les antimercurialistes. Malgré toute l'autorité du chirurgien de Lyon, je crois que sa pratique ne sera pas imitée et qu'elle ne doit pas l'être. Le lecteur sera sans doute comme nous frappé de tout ce qu'il y a de vague dans ce mode de traitement.

Que M. Diday, avec sa très-grande habitude, puisse obtenir ainsi de bons résultats, nous n'en voulons pas douter. Mais on conviendra qu'un *code de la syphilis*, composé d'articles aussi peu clairs, fût-il rédigé *même par des spécialistes*, ne serait pas d'un grand secours pour le praticien. Oui, il existe des syphilis faibles et des syphilis fortes; mais il faut les reconnaître, car ce ne sont pas des phrases qui apprendront ce diagnostic aux médecins, ce n'est qu'une longue pratique comme celle de M. Diday. Et encore, il est inexact de présumer la gravité de la vérole par l'étendue et l'induration : un chancre très-peu induré peut être suivi d'accidents fort graves. Est-ce un conseil réellement pratique que celui-ci : donnez le mercure si la roséole est confluente, si les papules sont saillantes, etc.; abstenez-vous si la roséole est légère! M. Diday ne raisonne pas logiquement quand il tient ce langage; il est venu, a-t-il dit, de Lyon pour tendre une main à chaque parti, et c'est là son tort. Du moment où, suivant lui, le mercure agit efficacement contre la syphilis constitutionnelle forte, il est irrationnel d'admettre que ce même médicament soit inutile dans une syphilis un peu moins forte; car, je le répète, il est souvent impossible de porter au début un pareil pronostic. — Je comprends M. Desprès niant résolûment l'action des mercuriaux et nous disant : Le mercure agit directement sur le sang, qu'il altère; ordonner du mercure pour la syphilis, c'est débiliter un malade atteint de maladie débilitante. Je ne comprends plus M. Diday subordonnant le traitement au degré de l'induration ou à l'étendue des lésions cutanées.

Nous admettons donc avec la presque unanimité des praticiens que la syphilis constitutionnelle, quelle que soit son intensité, réclame l'emploi des mercuriaux.

A quelle époque convient-il de commencer le traitement? Presque tous les orateurs ont abordé cette question, et là encore nous rencontrons une divergence d'opinions, bien moins importante, il est vrai, que la précédente.

Faut-il attendre l'apparition de la roséole?

Faut-il commencer aussitôt que la nature infectante du chancre est reconnue ?

Nous avons vu que MM. Dolbeau et Perrin proposent d'attendre l'apparition de la roséole. Au contraire, MM. Cullerier, Verneuil, Guérin, etc., administrent tout de suite le mercure. Le mercure, disent les premiers, n'a aucune action sur la marche de l'accident primitif. Mieux vaut donc attendre les manifestations cutanées que de troubler l'évolution naturelle de la syphilis. Quand vous serez en face de l'ennemi, vous pourrez le combattre plus efficacement.

Cette manière de voir est soutenable ; et d'ailleurs, la question est d'une importance secondaire. Nous pensons, toutefois, que la temporisation n'a aucune espèce d'avantage. A l'époque où l'on ne distinguait pas le chancre infectant de celui qui ne l'est pas, la conduite de MM. Perrin et Dolbeau était parfaitement légitime ; elle était même forcée. Le praticien, observant que certains chancres étaient suivis d'accidents, tandis que d'autres restaient toujours accident purement local, n'ayant à sa disposition aucun moyen de diagnostic, non-seulement pouvait, mais devait même attendre l'apparition de la roséole pour instituer le traitement, car alors seulement il était certain du diagnostic; mais aujourd'hui que dès le début nous pouvons presque toujours affirmer la nature du chancre, je demande quel intérêt engage à temporiser. L'expérience n'a-t-elle pas démontré qu'un traitement mercuriel primitif atténue la gravité des éruptions cutanées, ce que M. Le Fort a confirmé de nouveau devant la Société par des observations de son service du Midi ? Notre conviction est donc que l'on doit commencer le traitement antisyphilitique aussitôt qu'il ne reste plus de doutes sur la nature infectante de l'accident primitif. C'est, du reste, l'opinion de M. Ricord, qui considère l'induration du chancre comme la première manifestation secondaire. C'est aussi celle de M. Alp. Guérin, qui pense que, le diagnostic une fois fait, il n'est jamais trop tôt de commencer le traitement :

« Le mercure, dit-il, qui retarde l'apparition des syphilides, est-il donc sans action contre la vérole dans la période du chancre? S'il retarde les syphilides, comment oser dire qu'il ne les atténue pas ? Quand, après l'administration du mercure contre le chancre infectant, on voit une syphilide légère, on dit que l'on a eu affaire à une *vérole faible* et l'on croit avoir une explication suffisante. Il y a longtemps que l'on a imaginé ces virus forts et ces virus faibles : en 1852, M. Bassereau, en parlant du nombre des frictions que

l'on croyait devoir employer pour guérir la vérole, disait déjà : « Il « y avait des virus forts, des virus faibles et des virus de force « moyenne. »

Il est cependant incontestable, et M. Guérin a dû lui-même en voir plus d'un exemple, que les manifestations de la syphilis abandonnée à elle-même varient notablement suivant les sujets.

Quand arrive la période secondaire, le doute n'existe plus pour personne : le traitement mercuriel doit être institué ; mais de nombreuses et importantes divergences se sont manifestées sur le mode d'administration du mercure.

M. Diday a encore émis à cet égard les idées qui lui sont personnelles ; dans le cas où il juge le mercure indiqué, ce chirurgien le continue jusqu'à ce qu'il ait influencé l'organisme, ce qui se reconnaît à une gingivite commençante. Huit à dix jours d'un traitement avec 10 centigrammes de proto-iodure de mercure et une friction de 4 grammes d'onguent napolitain par jour lui suffisent ordinairement pour obtenir ce résultat. Avec cette manière d'agir, conforme d'ailleurs au mode selon lequel on use des autres spécifiques, il a l'avantage, n'irritant pas le tube digestif et n'habituant pas l'organisme à l'action curative du remède, de pouvoir recommencer ce court traitement avec le même succès, chaque fois qu'une nouvelle poussée en démontre l'indication.

C'est un traitement à coups redoublés, pour nous servir de l'expression de M. Verneuil.

La pratique de M. Diday n'est pas généralement employée, peut-être parce qu'elle n'a pas été suffisamment étudiée. — Ainsi que l'a dit M. Verneuil, les partisans du mercure suivent pour la plupart d'autres errements. Ils le prescrivent à petite dose et en prolongent longtemps l'emploi pour combattre peu à peu le mal, sans avoir la prétention de l'anéantir rapidement.

Si je ne me trompe, dit-il, ces deux méthodes sont radicalement différentes, et je crois que la Société ferait bien de les étudier comparativement avec le plus grand soin.

L'onguent mercuriel en frictions a rencontré plusieurs partisans convaincus, MM. Perrin et Panas entre autres. Voici ce qu'en pense ce dernier :

Le traitement par les frictions mercurielles a l'avantage de réussir après que les autres ont échoué ; il est absolument innocent, et les inconvénients qu'il entraîne disparaîtront à mesure qu'on perfectionnera la méthode. J'emploie 4 grammes de pommade par jour, je les applique à la face interne du mollet, en alternant d'un

côté à l'autre, pour éviter les irritations. Quant au mode d'action, je dirai qu'il est démontré, par des travaux faits en Allemagne, que le mercure pénètre à l'état métallique, puisqu'il se combine avec l'albumine ; aussi l'absorption par la peau paraît-elle le meilleur moyen de saturer l'organisme.

M. Le Fort a obtenu également de bons résultats avec les frictions mercurielles, mais la préparation à laquelle il donne la préférence est la liqueur de Van Swieten. Le plus grand reproche, dit-il, que l'on puisse faire au sublimé donné en solution, c'est d'être difficilement toléré et d'amener parfois de vives douleurs d'estomac. On remédie en partie à cet inconvénient en administrant la liqueur, non plus à jeun, comme on le fait d'ordinaire, mais au moment du repas.

Lorsque cette précaution ne suffit pas, j'ajoute à la liqueur de l'albumine, qui neutralise les mauvais effets du bichlorure sur l'estomac, mais je n'emploie pas la formule de M. Mialhe, dont j'ai été fort peu satisfait. Je fais ajouter à un litre d'eau, rendue albumineuse avec un seul blanc d'œuf, un gramme de sublimé dissous dans l'alcool. Il se fait un précipité d'albumine et de mercure, et ce précipité retient presque tout, sinon tout le bichlorure. Il suffit que le malade agite la bouteille avant de prendre sa cuillerée de médicament.

La préparation mercurielle la plus généralement employée cependant est encore le proto-iodure donné suivant la formule de M. Ricord.

Les accidents tertiaires de la syphilis n'ont que peu préoccupé la Société de chirurgie : c'est que tous nous sommes d'accord sur l'efficacité souvent merveilleuse de l'iodure de potassium. Ce médicament héroïque échoue cependant parfois et il paraît d'autant mieux agir qu'un traitement mercuriel a été fait antérieurement.

Faut-il donner l'iodure avant l'apparition des accidents tertiaires? Nous pensons qu'il vaut mieux attendre ces accidents, car, ainsi que l'a rappelé M. Diday, n'a pas la syphilis tertiaire qui veut; l'iodure n'agissant que comme palliatif, il est donc inutile de donner un médicament pour prévenir des manifestations problématiques.

La guérison de la syphilis nécessite impérieusement une hygiène bien entendue. La privation du sommeil nocturne, les émotions du jeu, les excès alcooliques, etc., sont les causes qui facilitent la transformation de la syphilis en diathèse. Pour guérir le *tertiarisme*, dit M. Diday, il faut un changement radical et permanent de

toutes les conditions de la nutrition, résidence, profession, alimentation, hygiène morale. Le mariage réalisant le plus souvent ces conditions pour l'homme, M. Diday le conseille comme le meilleur moyen de guérison. C'est un conseil que nous n'oserions jamais donner.

Arrivée au terme de la discussion, la Société de chirurgie n'a pas posé de conclusions; le rapporteur, M. Dolbeau, n'a pas jugé à propos, et peut-être a-t-il eu tort, de résumer cet intéressant débat; nous aurions désiré le voir répondre aux critiques très-acerbes, sinon dans la forme, au moins dans le fond, que M. Le Fort a dirigées contre son rapport.

Nous poserons, en terminant, les conclusions suivantes, qui ressortent de ce qui précède, et qui résument sinon le traitement spécifique, du moins le meilleur traitement à opposer à la syphylis :

Lorsque la nature infectante du chancre est reconnue, il y a intérêt à commencer le traitement le plus tôt possible.

Les préparations mercurielles doivent varier suivant les sujets : si l'une ne semble pas réussir, il faut essayer d'une autre.

La syphilis peut guérir radicalement, à condition qu'au traitement mercuriel et à l'iodure de potassium le malade joindra une hygiène reconstituante et l'abstention de toute espèce d'excès.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur le lait artificiel de Liebig.

Il a été beaucoup question, dans ces derniers temps, du lait artificiel auquel un des plus grands chimistes de ce siècle a bien voulu donner son nom; c'est là une innovation que nous repoussons de toutes nos forces, car en admettant même, ce qui n'est nullement prouvé, que le lait artificiel puisse remplacer avantageusement le lait de vache, ce serait prêter un appui même indirect à la tendance que n'ont que trop les mères à ne pas allaiter leurs enfants, et, nous ne saurions le dire trop haut : rien ne peut remplacer pour un enfant le lait maternel.

Voici, du reste, l'article publié dans le *Journal de Pharmacie*, par Liebig lui-même :

« La grande mortalité des enfants pendant la première année qui suit la naissance, dans les grandes villes, a appelé, dans ces derniers temps, l'attention sérieuse des médecins français.

« On a fait des observations analogues en Allemagne, et les tableaux statistiques du grand-duché de Bade, publiés par M. Dietz, fournissent des documents irrécusables sur ce fait, que la mortalité des enfants est relativement plus forte dans les contrées où la mère est obligée de contribuer par son travail au soutien matériel de la famille. Ainsi, dans la plaine située entre la forêt Noire, l'Oderwald et le Rhin, contrée très-fertile, la mortalité est de 15 à 18 pour 100, et dans les parties montagneuses de la forêt Noire, où les moyens d'existence s'acquièrent plus difficilement, elle s'accroît jusqu'à 42 pour 100 dans la première année. La même progression a été constatée en Bavière.

« Beaucoup de médecins allemands considèrent l'alimentation des enfants au moyen de la bouillie ordinaire faite de farine et de lait, comme une des causes de cet affligeant état de choses. La composition chimique de la farine de froment est en effet telle, qu'elle explique d'une manière évidente son action nuisible sur l'hygiène de l'enfance ; elle possède une réaction acide et laisse, après l'incinération, des phosphates acides qui ne sauraient fournir dans la digestion la quantité d'alcali nécessaire pour la formation du sang.

« Appelé, il y a deux ans et demi, à réfléchir sur une nourriture propre à l'alimentation de mes petits-enfants, qui ne pouvaient être nourris par leurs mères, je me suis occupé d'une série d'expériences, pour préparer un aliment mieux approprié que la bouillie aux besoins de l'enfant.

« On comprend sans peine quelle difficulté présente l'alimentation des enfants privés du lait maternel ou de celui d'une bonne nourrice, dont le choix est d'ailleurs difficile et offre souvent d'autres dangers pour le nourrisson. En effet, les aliments qu'on donne à de tels enfants ne présentent jamais la valeur nutritive du lait de femme.

« La composition du lait n'est pas constante ; les proportions du caséum, du sucre de lait et du beurre varient, comme on le sait, suivant les aliments employés à nourrir la mère. J'ai pris pour base de ma préparation la composition d'un lait normal de femme, analysé à Giessen par M. Haidlen, et dont 100 parties contenaient 31 de caséum, 43 de sucre de lait et 31 de beurre. Les substances plastiques et les substances produisant la chaleur se trouvent dans

ce lait dans la proportion de 10 à 38; dans le lait de vache non écrémé, comme 10 à 25.

« Dans la préparation à laquelle je me suis arrêté, j'emploie du lait écrémé, de la farine de froment, de l'orge germée et du bicarbonate de potasse. On ne saurait dire que l'amidon, dans la bouillie ordinaire, soit impropre à nourrir l'enfant; mais il n'en est pas moins vrai que, pour sa transformation en sucre dans l'estomac, on impose à l'organisme du nourrisson un travail inutile; on le lui épargne, par contre, en transformant préalablement l'amidon en sucre et dextrine soluble. Cette considération explique l'emploi de l'orge germée ou du malt dans la préparation de mon lait artificiel; il est encore important que la consistance de l'aliment soit telle, qu'on puisse l'administrer à l'enfant par le moyen d'un biberon.

« Pour la préparation de mon lait artificiel, on fait bouillir 16 grammes de farine de froment avec 160 grammes de lait écrémé, jusqu'à ce que le mélange soit transformé en une bouillie homogène; on le retire ensuite du feu et on y ajoute, immédiatement après, 16 grammes d'orge germée qui aura d'abord été broyée dans un moulin à café, et mélangée avec 32 grammes d'eau froide et 3 grammes d'une solution de bicarbonate de potasse, la dernière faite de onze parties d'eau et deux parties de bicarbonate.

« Après avoir ajouté l'orge germée, on met le vase dans de l'eau chaude, ou on le place dans un endroit chaud jusqu'à ce que la bouillie ait perdu sa consistance épaisse et soit devenue douce et liquide comme de la crème. Au bout de quinze à vingt minutes, on remet le tout sur le feu, on fait bouillir quelques instants, et l'on fait ensuite passer le lait à travers un tamis serré de fil ou de crin, qui retient les matières fibreuses de l'orge. Avant de donner ce lait à l'enfant, il est bon de l'abandonner au repos pour qu'il laisse déposer les matières fibreuses fines qui sont restées en suspension.

« Le lait artificiel préparé de cette manière renferme les éléments plastiques et respiratoires, à très-peu de chose près, dans la proportion de 10 à 38, comme le lait de la femme; porté à l'ébullition, il se conserve en été pendant vingt-quatre heures; il a une concentration double de celle du lait de femme.

« Les pères de mes deux petits-enfants sont médecins et parfaitement en état d'apprécier les effets de mon lait artificiel; fort de leur assentiment et après avoir acquis, par une expérience de six mois, la conviction que ce lait constitue un moyen parfait d'alimentation, j'ai publié la description de sa préparation et les principes sur lesquels elle est fondée, sans d'abord y attacher une

importance particulière ; mais, depuis cette publication, le besoin général d'un aliment de cette nature m'a vivement frappé, quand j'ai vu naître en Allemagne, en Angleterre et aux Etats-Unis d'Amérique, une cinquantaine d'établissements qui vendent un mélange d'orge germée et de bicarbonate de potasse ou de farine, composé d'après mes prescriptions. Cette préparation est mise dans le commerce sous le nom de *soupe* ou *aliment pour les nourrissons*.

« Afin de donner une idée de l'extension qu'a prise la préparation de ce lait artificiel, il suffira de mentionner le prospectus d'une société qui s'est formée à Londres sous les auspices du marquis Townshend et dont le comité comprend, comme membres, huit des plus éminents médecins des hôpitaux de Londres. Cette société fait préparer en grand cet aliment et le fait distribuer, à un prix très-modique, aux familles pauvres.

« D'après les rapports du docteur Walther et du directeur de la maison d'accouchement à Munich, le docteur Hecker, mon lait artificiel est administré avec grand succès dans beaucoup de cas de dyspepsie et de maladies d'estomac chez les adultes.

« M. le docteur Vogel, à Munich, qui s'occupe particulièrement du traitement des maladies des enfants, a rencontré au début beaucoup de difficultés pour introduire ce lait artificiel dans les familles des pauvres, parce que la bouillie épaisse perd, par l'addition de l'orge germée, sa consistance et devient liquide. On croyait, dans ces familles, que les propriétés nutritives de cet aliment étaient en rapport avec sa consistance, et qu'elles sont amoindries par l'addition de l'orge germée.

« Un fait physiologique digne de remarque est que le lait artificiel, lorsqu'il est fait avec du bicarbonate de soude, au lieu du sel de potasse, perd beaucoup de ses propriétés utiles. Tandis que le lait artificiel fait avec la potasse donne une régularité parfaite à toutes les fonctions animales, telles que le sommeil, la digestion, le lait préparé avec le bicarbonate de soude provoque de suite diverses indispositions, circonstance qui fait comprendre le rôle important de la potasse dans le lait; ce dernier ne renferme pas, comme on sait, de sels de soude, si ce n'est une certaine quantité de chlorure de sodium. »

Si le lait artificiel a eu du succès à l'étranger, en France il n'en a pas été de même. Tout récemment, M. Guibourt a lu une note sur ce sujet à l'Académie de médecine et s'exprime en ces termes :

« Je crois, dit M. Guibourt, devoir appeler l'attention du corps

médical sur l'annonce récemment faite par M. Liebig. Je regrette profondément de venir me heurter à un tel nom, mais plus ce nom est illustre, plus il me paraît nécessaire de combattre l'abus que d'autres pourraient en faire. »

Après avoir rappelé la composition et le mode de préparation de ce lait artificiel, M. Guibourt insiste sur les difficultés de confectionner un pareil aliment, là où il pourrait être le plus nécessaire, chez les nourrices de campagne et les petits ménages. On répond à cela qu'une compagnie anglaise se charge de préparer en grand le lait artificiel et de le livrer au commerce. Mais sous quelle forme sera-t-il présenté ? Liquide, il entrera promptement en fermentation ; solide, il faudra lui restituer sa liquidité, ce qui pourra lui faire perdre ses qualités salubres et nutritives.

« Nous avons à notre disposition un produit *naturel* qui ressemble plus au lait de femme qu'un mélange de lait de vache, d'un restant de farine, d'orge germée, de lactate, de butyrate ou de carbonate de potasse : c'est le lait de vache lui-même. En moyenne, le lait de femme contient un peu plus d'eau, plus de sucre de lait, et moins de beurre et de caséum que le lait de vache. Or, en prenant ce dernier écrémé, et en y ajoutant un peu de sucre et un cinquième de son poids d'eau, on a à sa disposition une chose que tout le monde connaît, plus apte à remplacer le lait de femme que tout autre composé artificiel que l'on voudra. »

A propos de cette communication, M. Depaul a entretenu l'Académie des expériences qu'il avait commencées sur ce sujet de concert avec M. Wurtz :

« Comme je crois que rien ne peut remplacer le lait d'une bonne nourrice, j'ai laissé au sein de leurs mères les enfants qui étaient bien nourris par elles, et j'ai choisi exclusivement, pour leur donner le lait Liebig, ceux dont les mères étaient malades et qui avaient besoin d'une alimentation artificielle. J'avais vu M. Liebig chez M. Wurtz. Il m'avait préparé lui-même la première fois sa bouillie; je la goûtai. Sans valoir le lait naturel, elle n'était pas trop mauvaise. M. Liebig me donna, pour le pharmacien de la clinique, des notes très-précises sur les quantités et sur les poids. Ainsi mes expériences se firent dans les meilleures conditions en ce qui touchait la préparation de l'aliment.

« Quant aux enfants, les deux premiers que je soumis à ce régime étaient deux jumeaux nés un peu avant terme. Leur poids, inférieur au poids moyen, était de 2,240 grammes pour le premier, et de 2,640 pour le second. Nourris avec le lait Liebig, ces deux

enfants moururent en deux jours. Un troisième était né à terme; il pesait 3,370 grammes en venant au monde; sa santé paraissait très-bonne lorsqu'on commença à lui donner du lait Liebig. Le second jour les selles étaient vertes, au lieu d'être couleur jaune d'œuf cuit; le soir du troisième jour, il mourut.

« Un dernier enfant, bien portant, pesant 2,760 grammes, étant nourri par le même procédé, eut les selles vertes après deux jours et mourut le quatrième jour.

« Ces faits ont été observés, non-seulement par moi, mais par mon chef de clinique, très-soigneux et très-attentif. Ils m'ont ôté l'envie de continuer l'expérience. J'en ai averti M. Liebig et j'attends sa réponse. Il paraît pourtant que les médecins étrangers se louent de l'emploi de ce lait. Il fait, dit-on, merveille en Allemagne. »

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvel appareil à réfrigération continue de l'œil très-avantageusement employé après les opérations de cataracte, de pupille artificielle et toutes les lésions traumatiques oculaires;

Par le docteur Cade, de Bourg-Saint-Andéol, membre correspondant de plusieurs sociétés savantes, nationales et étrangères.

Il n'est pas de médecin oculiste, tant soit peu versé dans la pratique de la chirurgie oculaire, qui ne reconnaisse comme moi l'influence antiphlogistique de l'eau froide sur l'œil qui vient de subir une opération quelconque. Aussi tous mes confrères en ophthalmologie sont-ils d'un accord unanime à prescrire, soit l'irrigation froide continue, soit l'application fréquemment renouvelée des compresses imbibées d'eau fraîche sur les paupières après une opération de cataracte, de pupille artificielle ou de toute autre lésion traumatique du globe oculaire. Mais une expérience de près de trente ans m'a appris malheureusement que de sérieux inconvénients sont attachés d'une manière presque inévitable à l'emploi de ces deux puissants modes d'enrayer les accidents inflammatoires consécutifs, et je me contenterai de signaler contre l'usage des compresses d'eau froide le danger de trop distancer leur renouvellement, malgré toutes les recommandations de l'opérateur, et de convertir ainsi en cause provocatrice de la réaction inflammatoire le moyen même destiné à la conjurer. Il suffit, pour déterminer l'explosion de cet accident, d'un simple quart d'heure de sommeil

auquel se laisse aller si facilement pendant la nuit la garde-malade la plus zélée et la plus vigilante. Ne pourrais-je pas aussi objecter contre l'application des compresses froides le pernicieux contact d'une main parfois un peu trop lourde ; lequel, à forte de se répéter, peut entraîner ou la réascension de la cataracte après *l'abaissement*, ou l'évacuation des humeurs intra-oculaires après *l'extraction*?

Quant à l'irrigation continue d'eau froide au moyen d'un fil conducteur s'échappant d'un vase suspendu au-dessus de la tête de l'opéré, je lui opposerai le fâcheux inconvénient d'occasionner, par le refroidissement d'une eau coulant incessamment sur la face, le cou et la poitrine, des rhumes accompagnés de toux convulsive et opiniâtre qui produiront encore plus souvent le même résultat déplorable que je viens de signaler, c'est-à-dire la réascension du cristallin après les opérations à l'aiguille, et l'issue du corps vitré après celles au kératotome.

Frappé de ces principaux inconvénients dont j'avais eu à déplorer maintes fois les trop funestes conséquences, je crus prudent, pour les éviter, de renoncer soit aux compresses d'eau froide, soit à l'irrigation continue, et de borner tout le traitement préventif et abortif des accidents inflammatoires à l'emploi exclusif des solutions aqueuses d'alcoolature d'arnica et d'aconit prises à l'intérieur.

Malgré tous les succès que me valut ce nouveau mode de traitement (V. mon Mémoire sur l'arnica et l'aconit après l'opération de la cataracte, dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*. Paris, 1er et 15 mai 1856, et dans la *Revue thérapeutique du Midi*, Montpellier, 30 mars et 15 avril 1856, sujet sur lequel je prépare un travail beaucoup plus étendu pour être présenté à l'Académie), je ne tardai pas à regretter le puissant concours des applications d'eau froide, puisque force me fut de ne pouvoir reconnaître dans certain revers d'opérations de cataracte d'autre cause appréciable que l'exclusion de cette ressource antiphlogistique ; ce fut dès lors que je me mis à la recherche d'un appareil d'irrigation continue, qui joignît à l'avantage de maintenir sur l'organe le même degré de température froide, celui d'empêcher tout écoulement de liquide sur les parties ambiantes, même malgré les mouvements de la tête et du corps. Je me crois heureux d'avoir enfin trouvé la solution de ce problème, et après n'avoir eu qu'à me louer des premières épreuves, je me hâte de livrer au grand jour de la publicité la structure et la fonction de cet appareil, sur l'exploitation duquel

j'aurais pu sans contredit spéculer avantageusement par la demande d'un brevet d'invention; mais le médecin libéral, philanthrope, et jaloux de sa dignité professionnelle, recule naturellement en présence de tout acte marqué au coin du mercantilisme.

Mon appareil, que je désigne sous la dénomination d'*appareil à réfrigération continue des yeux*, est totalement confectionné en caoutchouc vulcanisé, ce qui le rend très-portatif; il se compose d'un réservoir de la contenance de trois quarts de litre d'eau, ouvert en haut par un orifice de 3 centimètres de diamètre, et communiquant en bas par deux tuyaux, à raccords en cuivre, avec les deux récipients, de forme losangique, mesurant 8 centimètres par leur diagonale verticale et 6 par leur diagonale transversale. Ces récipients, que j'ai dénommés *supra-oculaires*, à cause de leur destination à être appliqués sur les yeux, ont leur paroi postérieure formée par une membrane de baudruche accolée à leur circonférence et destinée à être toujours mise en contact immédiat avec les paupières; ils débouchent par leur ouverture inférieure avec deux tubes de décharge de $1^{m},50$ de longueur pour éconduire le liquide dans un vase placé au bas du lit de l'opéré.

A chaque extrémité du diamètre transversal du réservoir se trouve fixé un bouton jumelle en ivoire pour faciliter la suspension de l'appareil au-dessus de la tête du malade.

Les deux tuyaux intermédiaires au réservoir et aux récipients sont munis d'un diaphragme percé de trois ou quatre petits pertuis pour briser le volume de la colonne d'eau dont l'écoulement, malgré ce, est assez rapide pour épuiser en moins de trois minutes le réservoir et ne doit être utilisé que lorsqu'il s'agit de faire avorter à son début une inflammation violente. Dans les cas ordinaires, j'ai soin d'interposer un petit fragment d'éponge au-dessus du raccord qui unit les deux moitiés du tuyau intermédiaire et j'obtiens de la sorte un suintement goutte par goutte du liquide qui suffit pour prévenir l'explosion des accidents phlegmasiques.

Les raccords à vis des tuyaux intermédiaires permettent de supprimer le récipient devenu inutile lorsque l'opération est monoculaire ; mais alors il ne faut pas oublier d'avoir la précaution, avant la suspension de l'appareil, d'oblitérer avec un bouchon de liége le tuyau correspondant à l'œil non opéré.

Chaque récipient supra-oculaire est muni de deux anses latérales qui permettent de faire correspondre chaque baudruche à chaque œil opéré, et d'immobiliser en même temps l'appareil à l'aide de liens circulaires noués derrière la tête du malade.

Une recommandation importante, c'est de ne jamais oublier de faire l'épreuve de l'appareil la veille de l'opération sur l'œil du cataracté, afin de ne pas s'exposer à perdre un temps précieux dans l'agencement de cet instrument immédiatement après l'exécution de la manœuvre chirurgicale.

J'espère que cette description détaillée de chaque pièce de l'appareil suffira pour en faire bien comprendre, sans le secours du dessin, le mécanisme et la fonction, voire même pour mettre tous les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* en position de le faire confectionner au premier fabricant venu d'instruments en caoutchouc vulcanisé.

Parmi les huit cas d'opérations de cataracte qui m'ont fourni l'occasion de soumettre mon appareil au contrôle de l'expérimentation et d'en apprécier tous les puissants avantages, je me bornerai à n'en citer que deux :

Le premier offre d'autant plus d'intérêt, qu'il s'agit en premier lieu d'une cataracte de consistance molle, qui est une de celles dont l'opération est le plus souvent compromise par la formidable inflammation de l'iris, et en second lieu, d'un client déjà opéré d'un œil atteint d'une cataracte de même nature, et victime d'une iritis phlegmoneuse que n'a pu conjurer l'arnica alterné avec l'aconit, à l'exclusion des compresses d'eau froide dont nous redoutions les inconvénients précités. Disons-le tout d'abord, M. Martin d'Étoile (Drôme) nous offre un exemple remarquable de transmission de la cataracte par voie d'hérédité, puisqu'il est le quatrième de sa famille auquel j'aurai eu le bonheur de rendre la vue par la même opération. Il se présente à mon établissement, le 19 mars, porteur d'une cataracte cristalline molle. Broiement pratiqué en présence de M. Louis Mure. L'arnica et l'aconit sont administrés selon notre méthode. L'appareil réfrigérant, déjà préalablement soumis à l'épreuve, est immédiatement suspendu au-dessus du front de notre opéré et maintenu immobile au devant de l'œil gauche, par le moyen d'un lien circulaire. Le réservoir rempli d'eau fraîche fonctionne au gré de nos désirs, en laissant couler goutte à goutte sur les paupières le liquide dont la froideur se fait parfaitement sentir sur l'organe opéré, à travers l'épaisseur si ténue de la baudruche. L'eau du réservoir est renouvelée tous les trois quarts d'heure, et pendant quarante-huit heures l'œil reste constamment soumis au même degré de température. Absence complète de douleur et d'inflammation, en un mot, calme parfait jusqu'au vingt et unième jour, où mon opéré est parti pour ses foyers.

Quant au second cas, il me paraît de nature à confirmer d'autant plus efficacement la puissance antiphlogistique de notre appareil, qu'une simple augmentation en vitesse et en volume d'écoulement du liquide a suffi pour conjurer le danger imminent, ou plutôt enrayer, dès le début, les progrès désastreux du phlegmon oculaire qui entraîne si souvent la perte total de l'œil, quoique habilement opéré selon toutes les règles de l'art.

Voici le fait : M. l'abbé Molin, âgé de soixante-deux ans, ex-curé de Gières, près Grenoble, actuellement retiré dans sa propriété de Glézail, canton de Monastier de Clermont (Isère), doué d'une constitution forte et pléthorique, m'est adressé par M. le docteur Robin, de la Côte Saint-André [1], dont j'avais opéré avec un plein succès, le 2 mai 1866, d'une cataracte traumatique monoculaire, le fils aîné, à peine âgé de douze ans. Le 19 mai dernier, j'ai pratiqué, sur l'œil droit de ce digne prêtre, la dépresso-réclinaison d'une cataracte lenticulaire demi-dure, en présence du docteur Gilles de Saint-Marcel. Malgré l'administration journalière de l'arnica et de l'aconit, malgré l'emploi de mon appareil fonctionnant goutte à goutte toutes les deux secondes, comme dans les cas ordinaires, la ponction de la sclérotique a posé dans le globe oculaire un stimulus qui, fomenté par la prédisposition inflammatoire d'un tempérament éminemment sanguin, a fini par provoquer au troisième jour, avec le mouvement fluxionnaire du sang vers l'organe, plusieurs symptômes non équivoques du terrible phlegmon de l'œil, tels que sensation possible de chaleur, de gravier, de tension, de pesanteur dans le bulbe oculaire, écoulement de larmes brûlantes, vascularisation très-prononcée de la conjonctive et engorgement considérable de cette muqueuse, se traduisant par un bourrelet annulaire autour de la cornée (chémosis phlegmoneux), gonflement énorme et luisant des paupières rendant très-difficile l'exploration de l'œil, etc., le tout accompagné d'une réaction fébrile très-marquée. En présence de symptômes si alarmants, j'eusse proposé de prime abord, à mon opéré, la phlébotomie du bras, si je n'eusse connu d'avance son extrême répugnance pour ce puissant moyen. Aussi, je n'hésitai

---

[1] Je prie cet honorable et excellent confrère de recevoir ici l'hommage de ma gratitude pour la publication du mémoire dans lequel il a si bien fait ressortir, par la puissante logique des faits associée à l'élégance et à la pureté de sa diction, les avantages de notre manière d'opérer la cataracte et de notre nouveau mode de traitement consécutif par l'arnica et l'aconit (Voir le numéro d'août 1866 du *Bulletin médical du Dauphiné*, chez MM. Allier, imprimeurs-éditeurs à Grenoble).

pas alors à donner à mon appareil toute sa puissance d'écoulement, soit en vitesse, soit en volume, par la suppression du tampon d'éponge modérateur, de manière à épuiser et à renouveler l'eau du réservoir toutes les trois minutes au lieu de tous les trois quarts d'heure. Sous l'influence antiphlogistique de cette énorme masse de liquide froid passant sur la région orbitaire avec rapidité, l'acuïté de la phlegmasie baisse sensiblement, la tuméfaction et l'aspect rouge et luisant des paupières disparaissent en moins de vingt-quatre heures, le calme renait, en un mot l'œil est sauvé!

Pour rendre hommage à toute la vérité, je ne dois pas laisser ignorer que le lendemain de la sédation de tous ces symptômes si peu rassurants, voyant encore persister le chémosis de la conjonctive et appréhendant une nouvelle explosion du raptus inflammatoire, je me décidai, par mesure de prudence et de sûreté, à soustraire dans la région temporale supérieure trois petits tubes de sang, au moyen de la sangsue artificielle de Heurtcloup. Sans contester l'influence qu'a dû exercer sur la cure rapide du chémosis cet énergique moyen de déplétion sanguine, si injustement délaissé dans le lieu même où il a pris naissance, et dont revient à M. le docteur L. Wecker, savant ophthalmologiste de Paris, le mérite d'en avoir vulgarisé l'emploi en France, n'est-il pas probable qu'une fois obtenue la décroissance bien prononcée de tous les symptômes de l'ophthalmie, par la mise en jeu des grandes eaux de notre appareil pendant vingt-quatre heures, la continuation du même moyen aurait suffi pour amener une résolution complète et épargner ainsi à notre client une opération beaucoup plus douloureuse que celle de la cataracte? Mais lorsqu'il s'agit de sauver un organe aussi précieux que celui de la vue, l'on est bien excusable, au moment du danger, de pécher plutôt par excès que par défaut dans le déploiement des ressources thérapeutiques. Il n'en reste pas moins acquis à notre conviction que, dans le cas actuel, c'est à l'appareil réfrigérant, secondé de l'arnica et de l'aconit, que revient l'avantage d'avoir enrayé les premiers symptômes de cette redoutable phlegmasie de l'œil ou *phlegmon oculaire*, qui, une fois bien établie, fait le désespoir du médecin oculiste et entraîne fatalement la fonte purulente de l'organe.

Terminons en faisant observer que M. l'abbé Molin est parti hier de Bourg Saint-Andéol, heureux d'avoir recouvré assez de vue pour être en position de reprendre les fonctions de son ministère.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de pathologie expérimentale, par le docteur Sée, médecin de l'hôpital Beaujon. Premier fascicule : *Du Sang et des Anémies,* leçons recueillies par le docteur Maurice Raynaud, agrégé de la Faculté.

Nous ne savons si, comme l'enseignait naguère M. Chauffard, et comme tend à le penser M. Sée lui-même, l'anémie est devenue depuis quelque trente ans, le trait essentiel des constitutions, quand, avant cette époque, le génie pléthorique marquait de son cachet particulier un beaucoup plus grand nombre de maladies ; mais ce que nous savons bien, c'est que, quelque opinion qu'on professe à cet égard, la question des anémies est une question qui intéresse au plus haut degré la pratique de tous les jours, et qu'en y consacrant ces attachantes leçons, M. le professeur Sée a fait une chose éminemment utile.

Rien qu'au titre de ce livre, on voit tout de suite dans quelle voie on va s'engager en suivant le nouveau professeur de la Faculté de médecine de Paris. Il ne s'agit pas seulement ici de l'enseignement clinique, tel qu'il florissait à l'époque où les Louis, les Andral, les Chomel, les Récamier, etc., distribuaient tous les jours le pain de la science à la jeunesse studieuse qui se pressait sur leurs pas ; il s'agit d'une science qui prétend, non sans raison, à pénétrer plus avant dans l'étude des phénomènes de la vie hygide ou pathologique, en demandant au microscope, à la chimie et à l'expérimentation la raison de ces phénomènes, ou, comme on dit plus rigoureusement dans l'école, leurs conditions d'existence, les circonstances sévèrement étudiées de leur évolution successive. Ainsi que nous l'avons dit plus d'une fois déjà, nous sommes de ceux qui, d'où qu'elle vienne, sont disposés à accepter la lumière; mais, pour y voir clair, nous tâchons de ne pas nous laisser éblouir, et un sincère respect pour les enseignements de la science du passé qui, à l'heure qu'il est, reste toujours la meilleure conseillère des applications de l'art, nous est un guide utile pour nous diriger, sans trop risquer de nous égarer, dans des voies jusque-là peu explorées. Au reste, le savant professeur de thérapeutique de la Faculté de Paris a déjà trop vieilli dans l'étude de la pathologie vivante et spontanée, si nous pouvons ainsi dire, pour que, quelque attrait qu'il se sente pour les enseignements de l'école nouvelle, il en oublie les principes fondamentaux, et se précipite tête baissée dans la nébuleuse de la biologie pure. Ce que je viens de dire,

je ne le conclus pas seulement des réserves faites, çà et là, à cet égard, par notre éminent confrère dans son importante publication ; lui-même s'est chargé de rassurer dans ce sens les nombreux lecteurs aux mains desquels ira certainement ce livre. Écoutez plutôt : « Je n'hésite pas, dit l'auteur à la première page des généralités qui ouvrent ces leçons, je n'hésite pas à le déclarer tout d'abord : cette tendance, envisagée en elle-même, me paraît légitime et salutaire, et j'éprouve d'autant moins de scrupule à m'y associer, que la résistance pèche par ses arguments. Le progrès des sciences physiologiques est un fait qui frappe les yeux, et qu'il faut accepter. Reste à savoir si nous préférons le voir se faire sans nous et malgré nous, ou s'il ne vaut pas mieux, dans les limites du possible et du raisonnable, faire tourner à l'avantage de la clinique chacune des données nouvelles dont la science s'enrichit tous les jours. La réponse ne saurait être douteuse. » Encore bien que ces mots, *limites du possible et du raisonnable*, soient un peu élastiques, nous les acceptons comme l'expression de la prudence qui ne cessera de diriger notre savant confrère dans ses laborieuses enquêtes, non-seulement en ce qui touche la pratique proprement dite, mais encore dans les conclusions théoriques qu'enveloppe nécessairement la conception philosophique de la vie ; et sur la foi de cette implicite promesse, nous allons indiquer brièvement quelles sont, dans ce livre, les principales questions sur lesquelles M. le professeur Sée s'est efforcé de répandre les lumières de sa personnelle expérience et de ses laborieuses méditations.

Après quelques généralités où nous aurions désiré que l'auteur entrât plus avant dans les voies diverses qui s'ouvrent successivement devant lui, et où une expression indécise éveille la curiosité sans la satisfaire, autant qu'il eût pu le faire facilement, s'il avait cru devoir donner plus de développement à sa pensée, M. Sée aborde l'analyse du sang. Il y a longtemps déjà que les micrographes se sont appliqués à saisir et à fixer dans une intuition précise les éléments fondamentaux du sang, les globules et le plasma. Eh bien, malgré ces nombreuses et souvent si ingénieuses tentatives, d'immenses lacunes existent encore dans les résultats de cette laborieuse étude. Nous ne parlons pas ici de la part qui doit être faite aux divers appareils hématopoiétiques dans la genèse successive, si nous pouvons ainsi parler, des globules sanguins : pour nous borner à l'un des termes de la question, nous entendons nous enquérir seulement de l'état de la science sur les questions relatives à l'anatomie de cet organite essentiel de l'économie animale. Qu'est

devenue la fameuse définition de Schwann, d'après laquelle le globule rouge était essentiellement composé d'une enveloppe fine, transparente, d'un contenu visqueux et coloré, et enfin d'un noyau? Cette définition, si longtemps classique, est bien près d'être complétement abandonnée, et elle doit l'être suivant M. Sée. Le globule rouge, dans le nouvel enseignement qui appartient à MM. Brücke, Rollett, Klebs, etc., présente les plus grandes analogies avec les cellules à protoplasma contractile, c'est-à-dire qu'il ne présente ni noyau ni enveloppe : ce qu'on a pris pour ces modes de la matière figurée n'était que des ombres ou des accidents d'observation. Que si nous rappelons ces dissidences, ce n'est pas que nous voulions en faire sortir une fin de non-recevoir puérile pour les données du microscope, nous ne voulons rien de plus que marquer par là les difficultés de ces sortes d'études. M. Sée, sans hésiter, se rallie sur ce point à l'école allemande dont nous venons de citer les principaux chefs, c'est une garantie pour la vérité de l'enseignement; mais enfin, en face de telles dissidences, on peut, sans tomber dans les excès du pyrrhonisme, rester dans le doute, jusqu'à ce qu'une plus complète lumière soit faite : c'est l'unique morale que nous voulons en tirer. L'analyse chimique du sang est plus avancée; cependant que de desiderata encore dans ce mode d'observation! Telles sont les difficultés qui surgissent ici de toutes parts, que l'analyse quantitative de ce liquide n'est point encore fixée, et que quand on en évalue le poids à la cinquième partie du corps, on ne pose là qu'un chiffre très-approximatif. Quoi qu'il en soit à cet égard, tout ce qui a trait à l'étude du sang dans les leçons du professeur de la Faculté de médecine est marqué au coin d'un esprit sagace, largement ouvert au progrès, mais qui sait au besoin se défendre d'un entraînement qui en éloigne au lieu d'y conduire.

Cette étude terminée, et tout en y revenant plus d'une fois, pour s'y retremper, si je puis ainsi parler, en face de la physiologie pathologique, M. Sée aborde la question de l'anémie, dont il distingue quatre formes : l'oligaimie, l'anémie globulaire, l'hydrémie et la désalbuminémie. Ces dénominations traduisent suffisamment les nuances profondes qui distinguent chacune de ces altérations du liquide sanguin. Les causes sous l'influence desquelles on voit se produire ces anémies diverses sont ensuite largement étudiées. C'est ici surtout que se montre la supériorité des enseignements de la biologie spontanée sur les enseignements toujours un peu voilés des violences expérimentales. Il suffit de lire attentivement ce livre, où pourtant un si large crédit est ouvert à la méthode

expérimentale, pour se convaincre que l'observation directe restera longtemps encore, toujours même, la source la plus féconde d'enseignements pour la médecine proprement dite. L'étiologie des anémies ainsi comprise, M. Sée est amené à traiter successivement de celles qui sont d'origine hémorrhagique, d'origine sécrétoire, d'origine respiratoire, d'origine alimentaire; viennent ensuite les anémies par épuisement musculaire, par épuisement nerveux, les anémies d'origine diathésique et toxique, les anémies complexes des convalescents, et enfin la chlorose, qu'il considère comme une anémie globulaire, résultant des besoins nutritifs que réclament les fonctions de reproduction et d'accroissement.

La pathogénie de ces nombreuses nuances morbides est très-largement esquissée dans les leçons dont nous nous occupons en ce moment. C'est ici surtout que l'auteur fait fréquemment appel aux enseignements des analyses et des expériences de la science contemporaine. Cette pathogénie, si correcte en apparence qu'elle soit dans les livres, dans ce livre, est-elle le dernier mot de la science? M. Sée ne le croit pas, et, si nous osions, nous dirions que nous le croyons encore moins que lui. La vie défiera éternellement tous les réactifs, tous les microscopes du monde. L'auteur dit quelque part que c'est la vitalité des parois des vaisseaux dans lesquels il circule qui maintient la liquidité du sang. Que signifie ce mot? Nous voudrions que M. Sée nous l'eût dit en quelque endroit de ses leçons. Mais nous ne voulons pas nous aventurer dans cette voie scabreuse, où l'on trébuche à chaque pas, avec quelque science qu'on s'y engage, et nous nous contenterons de recommander aux lecteurs de ce journal de méditer cette partie de l'ouvrage du savant professeur, mais de placer çà et là un certain nombre de signets pour marquer ce qui est à revoir.

Une partie de l'ouvrage de M. Sée où, dans notre humble opinion, il y a moins de réserves à faire, c'est celle où l'auteur trace le tableau séméiotique des anémies, et où il établit en même temps le diagnostic différentiel des divers modes de cette entité nosologique si nettement déterminée. Là, partout on reconnaît le clinicien consommé, qui a vécu, si nous pouvons ainsi dire, dans l'intimité des malades, et en a sur le vif étudié la vie anomale dans toutes les nuances par lesquelles elle se manifeste à l'observation attentive. C'est en face de ce tableau, tracé de main de maître, qu'on reconnaît la profonde justesse de la remarque qu'il a faite quelque part, savoir qu'on peut artificiellement créer un grand nombre de symptômes, que la maladie proprement dite, dans l'unité de sa nature, ne peut

être que difficilement imitée, et que la création des diathèses est complétement interdite à l'art. Je le crois bien, c'est l'influence même de la génération continuée, c'est, considérablement amoindrie, l'influence inconnue qui distingue les espèces les unes des autres.

Je voudrais, avant de finir, montrer avec quelle sûreté de vue M. Sée procède dans cette différentiation de modes pathologiques qui se confondent si souvent, pendant quelque temps au moins, aux yeux d'observateurs moins attentifs. En voici un exemple qui sera pour plusieurs peut-être un utile enseignement : « Lorsque la chlorose, dit l'auteur, se complique d'hémoptysies supplémentaires, des difficultés véritables surgissent. Chez une dame atteinte d'aménorrhée chlorotique, des hémoptysies répétées avec toux et dyspnée ont longtemps fait croire à des médecins éminents qu'il s'agissait de tubercules pulmonaires; les bruits vasculaires, qui étaient très-manifestes, furent mis sur le compte des anémies consécutives aux hémorrhagies pulmonaires. Mais l'absence de fièvre et de dépérissement, la persistance des crachements de sang, conjointement avec la durée de l'aménorrhée, la sonorité naturelle du poumon, et surtout la conservation du murmure respiratoire normal, devaient défier toute méprise, et cette malade, en effet, guérit complétement. » Ecoutez encore : « Il reste à signaler une dernière difficulté : la chlorose simple ou hémoptoïque peut être confondue avec l'anémie qui précède souvent la tuberculose. Il n'est pas rare de voir des malades pâlir et maigrir en même temps qu'elles présentent une toux sèche et fréquente, sans signes phthisiques bien accusés. En pareil cas, il faut précisément tenir compte de l'amaigrissement et de cette décoloration qui s'opère, sans qu'il y ait de déperditions ni d'inanitions susceptibles d'expliquer l'anémie. Il est un autre phénomène plus caractéristique, c'est l'extrême faiblesse et l'inappétence qui accompagnent ces invasions lentes de la phthisie : bientôt celle-ci, progressant d'une manière fatale, provoque le développement d'une fièvre à redoublements nocturnes, qui ne laissent plus aucun doute dans l'esprit de l'observateur. » Quelques esprits parmi nous, récemment vaccinés de germanisme, voudraient bannir de la médecine le raisonnement, la dialectique, comme entachés de métaphysique. Est-ce que ce spécimen de fine analyse, de dialectique sagace, que nous venons de mettre sous vos yeux, ne vous montre pas que ce double instrument de l'intelligence humaine n'est pas brisé, et qu'il continue, et qu'il continuera éternellement à faire son œuvre? Prenons garde, à force de nous couper les ailes

pour ne point nous égarer et mieux voir les choses, que nous ne voyions plus rien du tout. Heureusement, à suivre un guide comme celui dont nous venons de parler, on ne court pas un tel risque : ici, il n'est pas besoin de prémunir le lecteur contre ce danger.

Nous n'ajouterons plus qu'un mot : ces leçons ont été rédigées par M. le docteur Maurice Raynaud ; heureux le professeur qui rencontre un si habile interprète de ses idées ! il n'a pas à craindre de voir celles-ci torturées, altérées dans une expression incorrecte, incolore, sans vie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Paraplégie syphilitique. — Compression de la moelle. — Guérison par l'iodure de potassium a haute dose. — Caritey (François), trente-sept ans, fontainier, entre à l'hôpital, le 20 avril 1866, salle Saint-Michel, n° 1.

Huit ou dix jours avant son entrée à l'hôpital, sans cause appréciable, ce malade a vu ses deux membres inférieurs se paralyser rapidement ; en trois jours, la paralysie fut complète à droite, et la jambe gauche ne possédait plus que quelques mouvements. Le malade était incapable de soulever les jambes au-dessus du plan du lit, à plus forte raison incapable de se soutenir et de marcher.

Cette paraplégie se produisit sans douleur, sans fièvre, s'accompagnant uniquement de quelques fourmillements, surtout à droite. Il n'y a pas eu de contractures.

Voici quel est l'état exact du malade à l'entrée : Les mouvements volontaires sont complétement abolis dans le membre inférieur droit, à peu près complétement dans le gauche. Il n'existe pas de mouvements involontaires spontanés, il n'a pas de secousses. Les mouvements réflexes sont nets, mais ils ne sont pas également faciles à obtenir aux deux membres. A gauche, la moindre excitation les produit et ils sont peut-être exagérés ; à droite, il faut prolonger l'excitation pour les procurer, mais ils existent néanmoins, bien marqués. — Il n'y a pas d'atrophie musculaire dans les membres paralysés.

La sensibilité tactile, explorée avec soin, est normale aussi bien à droite qu'à gauche. La sensibilité à la douleur, parfaite à droite, du côté où les mouvements sont totalement abolis, est abolie à gau-

che là où il reste encore un peu de motilité; lorsque l'on porte l'excitation douloureuse sur la jambe gauche, le malade accuse l'impression tactile, mais il n'éprouve aucune douleur. La sensibilité à la température est, comme la sensibilité à la douleur, intacte à droite, abolie à gauche. Il en est aussi de même de la sensibilité électrique.

Il n'y a pas de douleurs spontanées dans les membres inférieurs.

En résumé, la sensibilité tactile n'est nulle part modifiée; les lésions de motilité et de sensibilité à la douleur et à la température sont *croisées*.

Les muscles larges de l'abdomen ne sont pas paralysés.

Le malade ne peut uriner volontairement; il a pourtant conservé la sensibilité vésicale; il éprouve le besoin d'uriner, mais il faut qu'il ait beaucoup d'urine dans la vessie pour que cette sensation se fasse sentir, et alors le malade est incapable de retenir ses urines. — Les fibres musculaires du corps de la vessie se laissent donc passivement distendre jusqu'à un certain degré de dilatation et, passé ce point, les fibres du sphincter sont incapables de fermer la voie au liquide qui s'échappe. Quelquefois, cependant, le col vésical reste fermé, et l'on est obligé de recourir au cathétérisme pour évacuer l'urine.

Du côté de l'intestin, il n'existe qu'une tendance à la constipation, qu'on a toujours facilement surmontée à l'aide de quelques purgatifs.

La santé générale est bonne.

Ce malade est en puissance de syphilis; il a eu un chancre il y a plusieurs années et n'a jamais suivi un traitement suffisant pour se mettre à l'abri des accidents tertiaires.

Le diagnostic porté est : compression de la moelle de cause syphilitique.

Dès son entrée à l'hôpital, le malade fut soumis à un traitement mixte au proto-iodure de mercure et à l'iodure de potassium.

Au bout de deux mois de traitement, la motilité était un peu revenue dans la jambe gauche, les lésions de la sensibilité n'étaient pas modifiées, circonstance qui rendait très-évidente le croisement du siége des lésions de sensibilité et de motilité. Vers le milieu du mois de juin, la dose d'iodure de potassium fut beaucoup augmentée, on la porta successivement à 4, puis à 6, 8 et 10 grammes. — A partir de cette époque aussi, la paralysie diminua très-lentement dans la jambe droite, et les diverses sensibilités abolies dans le membre gauche y reparurent. Vers le mois de septembre, le malade

levait les jambes au commandement, dans le lit, mais il ne pouvait se tenir debout. Peu à peu la station devint possible, puis la marche avec des béquilles, ensuite avec une simple canne et enfin, aujourd'hui, 31 mai 1867, il se soutient parfaitement et marche bien seul et sans point d'appui sur un terrain uni ; mais le moindre obstacle le fait chanceler et trébucher. Avec une canne, il marche assez bien, il est déjà sorti dans la rue.

La sensibilité à la douleur et à la température est revenue dans le membre gauche, mais elle est encore moins marquée qu'à droite.

Voilà donc plus d'un an que le malade est soumis à l'iodure de potassium à haute dose ; — depuis le mois de décembre il a cessé le proto-iodure : — comme accidents d'iodisme, il n'a eu que quelques maux de tête, du coryza, de l'engorgement du testicule gauche et de l'embarras gastrique. Quand tous ces symptômes se présentaient, l'on suspendait le traitement pendant trois semaines ou un mois. Il y a eu ainsi quatre ou cinq arrêts dans le traitement ; et en ce moment-ci même, le malade, qui est encore à l'hôpital, à cause du gonflement de son testicule gauche, a abandonné l'iodure.

En tenant compte de ces interruptions, le malade a pris, pendant neuf à dix mois, l'iodure de potassium à la dose de 8 grammes par jour en moyenne.

Folet,
Interne des hôpitaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement des fièvres paludéennes. Des contrées entières, dont le terrain est mal assaini, ont leurs habitants presque annuellement frappés par la fièvre intermittente, qui imprime à ces malheureuses victimes le sceau de la souffrance, traduit, entre autres, par une bouffissure à la face, un aspect terreux de la peau et par un gonflement de la rate. Des lésions organiques sont très-souvent la conséquence de ces premiers troubles fonctionnels.

L'administration du sulfate de quinine demande une dépense considérable, très-souvent au-dessus des ressources des familles ouvrières, et, comme le plus souvent ils ne s'en procurent pas une quantité suffisante et qu'ils ne persévèrent pas dans l'emploi de ce fébrifuge par excellence, ils n'ont que l'inconvénient de son usage sans en avoir le bénéfice.

Dans ces circonstances et sous ces conditions, une ressource puissante et facile reste entre les mains du médecin : c'est l'alcool ou le vin le plus richement alcoolisé. Si on y ajoute des baies de genièvre et de la cannelle et qu'on fasse chauffer ce vin, on assure davantage encore le succès de son emploi. Ces liquides doivent être administrés à doses successivement croissantes, suivant l'âge ou le sexe, trois heures environ avant l'accès Il ne faut pas laisser plus d'un quart d'heure s'écouler entre l'ingestion de chaque dose. Le système nerveux est alors fortement impressionné ; la chaleur et le pouls s'élèvent ; la moiteur se développe. La dose de vin aromatique peut aller jusqu'à trois ou quatre verrées ordinaires. Chez l'homme habitué à boire, c'est en lavement et à moindres doses que l'action fébrifuge se prononcera davantage. L'ivrogne

qui boit dans ses habitudes un litre de vin sans en être troublé ressentira de l'ivresse avec un demi-litre de vin chaud pris en lavement. Il est important d'administrer le vin ou l'alcool coup sur coup et le plus près de l'accès, parce que l'effet de ces boissons est très-passager.

Ce médicament spécifique, comme tous ceux de cette espèce, devra son efficacité à la sagacité du praticien. C'est une arme entre les mains d'un chasseur qui demande la justesse et le moment précis du tir; la bonté de l'arme et la qualité de la charge ne trouvent leur succès que dans l'intelligence de celui qui s'en sert.

Il y a plus de trente ans que, M. Caffe étant à herboriser dans la vallée de Sallanches, avec le docteur Socquet, professeur de chimie à Lyon, et le célèbre Capo d'Istria, il leur fut présenté un ecclésiastique en proie à un accès de fièvre intermittente pernicieuse, qui devait nécessairement être mortelle à l'accès suivant. Privés de tout fébrifuge et forcés d'agir, ils introduisirent dans une bouteille de vieux vin environ 30 grammes de poudre de chasse, et firent avaler le tout coup sur coup au malade, qui ne vit plus ainsi paraître l'accès prévu, et fut sauvé. (*Journal des Connaissances médicales*, 30 juin 1867.)

Traitement du pied bot. M. Quinty, de Jerseylity (New-Jersey), montre le 16 janvier 1867, à l'Académie de médecine de New-York, une fille de deux ans qu'il a guérie d'un pied bot à forme grave. Le traitement, commencé il y a deux semaines, a consisté à ramener le pied dans la position normale au moyen de bandelettes adhésives, sans avoir besoin de sectionner le tendon d'Achille. Dans les points où devaient être appliquées les bandelettes, on avait d'avance durci la peau au moyen d'une solution aqueuse d'alun additionnée d'un peu d'alcool (employé pendant quinze jours). Selon M. Quinty, les avantages de cette méthode seraient les suivants :

1° Le pied peut être rendu à toutes ses fonctions, pourvu que l'on commence le traitement de la troisième à la sixième semaine après la naissance.

2° La durée du traitement est moins longue que par les appareils ordinairement employés.

3° Pas d'irritation, moins de douleur.

Le traitement consiste simplement à appliquer à la plante du pied une portion de l'emplâtre adhésif coupé suivant la forme de l'organe; une seconde portion en forme de bas est ensuite appliquée sur le côté du pied et la jambe, de manière à exercer une traction dans de bonnes conditions; par-dessus, un bandage roulé. (*New-York medical record* et *Gaz. méd. de Lyon.*)

Gangrène imminente de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras par thrombose de l'artère brachiale; traitement par les affusions froides. L'honorable professeur de Strasbourg, M. Schutzenberger, regarde le traitement banal d'une gangrène imminente par le chaud comme irrationnel. La chaleur ne fait que paralyser les vaisseaux, et, dilatant le sang qui stagne dans les vaisseaux, favorise la production des phlyctènes et l'infiltration de liquides dans les tissus qui finissent par se mortifier. M. Schutzenberger admet donc ici plutôt l'indication du froid qui détermine la contraction des parois vasculaires. Quoique la théorie de l'*équivalence dynamique de la chaleur* ne puisse admettre les explications du professeur strasbourgeois, l'on n'en est pas moins obligé d'admettre ce fait de guérison après ou par des affusions froides très-répétées, de demi-heure en demi-heure, combinées à un massage centripète. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1867, p. 139.)

Traitement de la syphilis. La question du traitement et des moyens préventifs de la syphilis dans les armées de terre et de mer vient d'être étudiée en Angleterre par une commission spéciale, nommée par le ministre de la guerre et par l'amirauté.

Les résultats des discussions peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

« Les caractères de l'ulcère local et ceux de l'ulcère syphilitique sont souvent trop peu distincts pour permettre de les différencier d'une manière certaine de la plaie simple.

« Les sécrétions d'une personne qui est dans la période active de la syphilis sont contagieuses.

« L'isolement des individus infectés est un moyen réalisable, très-simple et très-important pour limiter la propagation de la maladie, et par là di-

minuer ses terribles effets sur la société.

« Le traitement de l'ulcère primitif doit être celui des autres plaies, car aucune méthode de traitement ne peut prévenir la syphilis générale.

« Le mercure n'est pas préventif de la syphilis, mais il en est un modificateur très-efficace.

« Enfin, quand la syphilis est légère, si elle est abandonnée à elle-même, elle disparaîtra spontanément.

« Le traitement mercuriel ne peut être appelé un *spécifique* dans l'acception ordinaire du mot; car il n'a pas d'action directe sur le poison, mais seulement sur les effets du poison. Il convient d'en cesser l'emploi quand la syphilis en est arrivée aux rupias et aux gommes.

« La salsepareille, le gaïac, le sassafras n'ont aucune propriété antisyphilitique.

« Le mercure a une efficacité incontestable contre la syphilis des nouveau-nés. Cependant, comme la maladie sévit plus dangereusement sur les enfants faibles, mal nourris, il faut avant tout les placer dans de bonnes conditions diététiques, et la guérison s'obtient ainsi plus vite que par le mercure. »

Traitement de l'arthrite aiguë par la compression. Un cas d'inflammation très-intense du genou, suite de contusion, s'étant présenté récemment à *London Hospital* chez un garçon adulte, M. Little, sur la suggestion de M. Maunder, le traita par la ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa, afin de modifier l'inflammation. L'opération, pratiquée le 15 mai, a été suivie d'une amélioration très-sensible dans l'état local. M. Maunder propose de traiter de même l'inflammation si redoutable de la paume de la main par la ligature de l'artère brachiale.

En admettant l'efficacité de ce moyen, plus d'une raison sérieuse s'élève contre son emploi. D'abord la difficulté de l'opération, inaccessible à la plupart des praticiens, et surtout sa gravité, beaucoup plus redoutable que le mal lui-même. Il est donc rationnel de lui préférer l'usage du tourniquet ou de tout autre compresseur, comme l'a employé avec succès M. Jackson, chirurgien de l'hôpital de Sheffield, le 11 février dernier, sur un garçon de seize ans qui s'était piqué le genou deux jours auparavant. Tous les signes de la synovite existaient : douleur aiguë de l'articulation toute déformée, et que le moindre mouvement rendait insupportable.

Malgré une immobilité absolue et des lotions froides, l'inflammation augmentait et menaçait de devenir purulente, lorsque le tourniquet fut appliqué sur l'artère fémorale. Vingt-quatre heures après, il fut enlevé à la demande du patient, qui ne pouvait plus le supporter. Ce temps avait suffi pour arrêter et dompter l'inflammation ; le gonflement avait aussi diminué et la guérison s'ensuivit. (*Lancet*.)

Nouvelle pince porte-aiguille. Cet instrument, fabriqué par MM. Robert et Collin, est léger, *puissant* et d'une manœuvre facile.

Etant articulées près du bec, les branches sont des leviers puissants qui, reteous à leurs extrémités par la tige C, font que l'aiguille saisie reste fixée dans la position que l'on veut lui donner; pour fermer la pince, il suffit de rapprocher ses branches et de faire glisser vers le haut le bouton A.

On peut, avec cette pince, fixer dans toutes les positions des épingles ou des aiguilles de tous les numéros.

B, tenon permettant de démonter facilement le ressort pour nettoyer la pince.

Cet instrument peut être très-délicat, et servir pour les sutures de paupières.

M. le professeur Nélaton, M. Dolbeau se sont plusieurs fois servis de cet instrument.

M. le professeur Richet l'a employé maintes fois dans des opérations de fistule vésico-vaginale.

Scarificateur utérin. MM. Robert et Collin ont construit un instrument, dit sangsue artificielle, destiné à la scarification du col de l'utérus.

Cet instrument a été fabriqué sur les indications de M. le docteur Layas, de la Havane.

La manœuvre de cet instrument est facile : en rapprochant les trois anneaux, un mouvement de spire fait tourner le tube tranchant A sur lui-même.

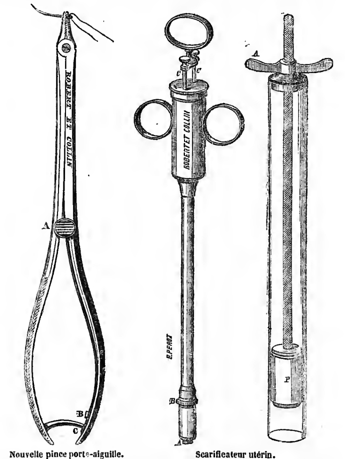
B, écrou destiné à graduer la saillie du tube tranchant.

Le même instrument, plus petit, sert pour les scarifications des régions temporales.

Le piston de la ventouse est fait de

liége bouilli dans du suif, ce qui lui donne une très-grande élasticité.

Lorsqu'on ne se sert pas de la ventouse, le liége doit être sorti aux trois



Nouvelle pince porte-aiguille.

Scarificateur utérin.

quarts de son tube afin de se distendre au dehors.

Pour la réintroduction, son diamètre diminue de un tiers, ce qui lui permet de faire toujours parfaitement le vide.

VARIÉTÉS.

Concours. — Le concours pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Labbé (Edouard), et de M le docteur Paul (Constantin), agrégé de la Faculté de médecine.

Nous avons appris avec peine la mort imprévue du docteur Charpentier, chevalier de la Légion d'honneur. Il laisse un fils, ancien interne des hôpitaux, qui soutiendra dignement l'honneur de son nom.

Par suite du décès du professeur Racle, M. le docteur Parrot passe de la Direction des nourrices aux Enfants-Assistés ; M. le docteur Fournier (Alfred) passe de Larochefoucauld à la Direction des nourrices, et M. le docteur Guyot (Jules), du Bureau central, est nommé médecin de Larochefoucauld.

Par suite du décès de M. le docteur Follin, chirurgien de l'hôpital Cochin, M. le docteur Dolbeau passe de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital Cochin, et M. le docteur Trélat (Ulysse), chirurgien en chef de la Maternité, passe à l'hôpital Saint-Antoine.

Par suite du décès de M. le docteur Civiale, M. le docteur Guyon (Félix), chirurgien-adjoint de la Maternité, passe à l'hôpital Necker.

M. le docteur Tarnier, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien en chef professeur à la Maternité, et M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien-adjoint professeur à la Maternité.

Congrès médical international de Paris. — Le Congrès tiendra ses séances à l'Ecole de médecine, dont les musées resteront ouverts pendant la session. La première séance aura lieu le 16 août prochain, à deux heures.

La séance annuelle de la Faculté est fixée au 14 août ; M. le professeur Béhier y prononcera l'éloge de Rostan. Tous les membres du Congrès seront admis à cette solennité sur la présentation de leurs cartes. Aux termes de l'article 7 des statuts, les travaux destinés à être lus au Congrès doivent être adressés à M. le secrétaire général (docteur Jaccoud, 4, rue Drouot) le 25 juillet au plus tard, afin que l'ordre du jour des séances puisse être arrêté et publié.

Les démarches faites dans le but d'obtenir une réduction de prix sur les chemins de fer n'ont réussi qu'auprès des compagnies de l'Est et du Nord, qui ont accordé l'une et l'autre une diminution de 50 pour 100 à l'aller et au retour, à partir de la frontière de la France.

Sur le réseau de l'Est, la réduction sera donnée sur la présentation des cartes de membres fondateurs (médecins français) et de membres adhérents (médecins étrangers). Les billets à prix réduit ne seront pas admis dans les trains express ni dans les trains-poste. La réduction de prix est concédée du 14 août au 1er septembre.

Sur le réseau du Nord, la réduction sera donnée sur la présentation de bons nominatifs. Ces bons seront adressés aux médecins qui doivent prendre les lignes du Nord pour se rendre à Paris et qui auront retiré d'ici au 8 août leur carte de souscription. Les bons d'aller seront valables du 10 au 15 août ; les bons de retour du 1er au 5 septembre.

Sur l'une et l'autre ligne, la carte de membre fondateur délivrée aux médecins comme récépissé de leur cotisation est nécessaire pour obtenir la réduction de prix.

D'après l'article 3 des statuts, les médecins de France sont soumis à une souscription de 20 francs ; ils auront droit aux publications du Congrès.

Au nom du comité, *Le secrétaire général :* Jaccoud.

La commission centrale des sociétés de secours aux blessés militaires a mis au concours la solution des problèmes suivants :

La construction : 1° d'une voiture d'ambulance ; — 2° d'un brancard à roue ; — 3° d'un brancard à main.

Jusqu'au 10 août, délai fixé par ce concours, on pourra prendre tous les renseignements désirés, le lundi et le vendredi matin de chaque semaine, entre neuf heures et onze heures, à l'Ambulance des sociétés de secours, palais de l'Exposition universelle, ou par lettres affranchies, au secrétariat, rue Roquépine, 18.

Nous rappelons à nos lecteurs que le Congrès ophthalmologique qui devait se tenir à Vienne se réunira à Paris le mois prochain.

La première séance, consacrée à la nomination du bureau définitif, aura lieu le 12 août, à neuf heures précises du matin, dans la salle du Grand Orient de France, rue Cadet. Les cartes d'entrée seront distribuées chez MM. les secrétaires Giraud-Teulon, 17, rue du Helder, et Wecker, 7, avenue d'Antin (Champs-Elysées), dès le 11, et dans la matinée du 12, contre le montant de la cotisation.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi thérapeutique de l'alcool chez les enfants ;

Par le docteur P. GINGEOT, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Parmi les questions qui occupent en ce moment le monde médical, celle de l'alcool et de son action sur l'homme sain ou malade n'est pas la moins importante. La science et l'art y sont également intéressés, et quiconque penserait autrement n'aurait, pour changer d'avis, qu'à parcourir les travaux publiés depuis peu sur la matière. Il y a plusieurs siècles que l'alcool est connu comme substance; mais si l'étude de ses propriétés physiologiques ou thérapeutiques n'est pas une entreprise moderne, on doit pourtant reconnaître qu'elle a reçu, dans ces dernières années, une impulsion nouvelle et féconde. Le mouvement est parti d'Angleterre, et il était naturel qu'il en fût ainsi : les spiritueux tiennent une trop large place dans le régime alimentaire de nos voisins pour que l'usage comme l'abus de l'alcool n'ait pas été chez eux plus qu'ailleurs l'objet d'une attention spéciale ; et, d'autre part, on comprend que le pays qui a vu fleurir Brown ait eu, de prime abord, moins de préjugés qu'un autre à l'endroit des médications stimulantes. En France, la question de physiologie a été reprise, il y a quelques années, par MM. Ludger-Lallemand, Perrin et Duroy, dont les consciencieuses recherches ont donné lieu aux discussions les plus vives. Peu de temps après, M. le professeur Béhier soulevait la question de thérapeutique en faisant connaître ses études sur les doctrines et la pratique de Todd. J'ai eu l'honneur et l'avantage d'être l'interne de ce savant maître, à l'époque justement où il s'occupait de vérifier dans son service les affirmations du médecin anglais. Associé à ses prudentes expériences, je fus frappé des résultats qu'elles donnèrent, et, l'année suivante, attaché à l'hôpital des Enfants, je priai mon chef de service, M. le docteur Simon, de me laisser appliquer à ceux de nos petits malades qui pouvaient s'y prêter sans péril le traitement dont je connaissais déjà les effets sur les adultes et les vieillards, et les observations que j'ai prises ont servi de base à ce travail.

Todd et son école ont regardé l'alcool comme le remède capital dans les affections aiguës fébriles. Ils l'ont cru salutaire dans les

phlegmasies comme dans les fièvres dites essentielles, dans la pneumonie comme dans le typhus. Relativement au *modus administrandi,* nous trouvons un accord à peu près unanime entre tous ceux qui, pour un motif ou pour un autre, prescrivent les alcooliques : la principale règle, à cet égard, est de ne donner ces substances que par petites doses plus ou moins fréquemment répétées, le même total de spiritueux produisant des effets très-dissemblables selon qu'il est ingéré en une seule fois, ou, au contraire, fractionné en un certain nombre de prises. « Il y a une différence énorme, dit le docteur Brinton, entre soutenir l'économie épuisée d'un malade avec de faibles doses d'alcool administrées toutes les heures ou toutes les demi-heures, et le plonger dans une ivresse partielle trois ou quatre fois par jour (1). » Todd conseille de ne point employer simultanément plusieurs liqueurs alcooliques ; c'en est assez d'une pour atteindre le but poursuivi, et la digestion se fait alors plus aisément que si l'on mêle dans l'estomac l'eau-de-vie et le vin, ou le vin et la bière. Généralement l'alcool doit être prescrit d'autant plus pur que l'état du patient est plus aigu : le gin, le whisky, le brandy, le rhum, conviendront par conséquent au fort de la maladie ; lors du déclin de celle-ci, on les remplacera par le vin, et enfin par la bière, quand la convalescence sera proche. Ce précepte, que j'ai eu l'occasion de voir appliquer au London Fever Hospital et au Middlesex Hospital, a pour objet de proportionner le travail digestif à l'aptitude actuelle du malade ; il n'a, d'ailleurs, rien d'absolu. L'alcool peut être administré sans excipient ; mais, dans la majorité des cas, on a soin de le diluer, tantôt dans l'eau pure (Todd) ou édulcorée (Béhier), tantôt dans du lait ou de l'eau de Seltz (Murchison), tantôt dans du julep gommeux (Aran) ; Chambers insiste sur cette précaution qui permet d'éviter aux muqueuses une irritation directe inopportune (2). Parfois, quand les voies digestives sont en mauvais état et que l'indication d'alimenter est néanmoins très-urgente, on donne le brandy battu avec des œufs et un peu de sucre (*brandy and egg mixture*).

Les maladies aiguës fébriles réclament-elles souvent l'emploi des spiritueux ? et, quand elles le réclament, à quelle époque et à quelles doses faut-il les prescrire ? Ces deux questions ont été, et sont encore à présent, l'objet de vives contestations dans le Royaume-Uni.

---

(1) On the Treatment of Fever. By William Brinton. In *The Lancet*, 1853.

(2) Practical Lectures on the Management of the Digestion in Disease. By T. K. Chambers. In *The Lancet*, 1857.

Todd admettait volontiers qu'en plus d'une circonstance les alcooliques ne sont pas *nécessaires*, mais, en pratique, les cas où il croyait possible de s'abstenir ne se rencontraient guère dans ses salles. Murchison nous apprend qu'il traitait les fièvres typhoïdes sur le même pied que les typhus et n'épargnait ordinairement que les fièvres simples. L'alcool, disait Todd, peut être employé dans toutes les maladies où existe une tendance à la dépression des forces vitales, et il n'est point de maladie aiguë où cette dépression fasse défaut. A l'égard de l'époque, il ne pensait pas qu'on pût commencer trop tôt, et aurait cru perdre un temps précieux s'il eût attendu telle ou telle période pour combattre non-seulement la dépression consommée, mais la simple tendance à la dépression. Quant à la dose, on s'imagine aisément quelle devait être l'opinion d'un homme qui jugeait « beaucoup plus dangereux de diminuer ou de supprimer l'alcool que d'en donner trop. » La posologie de Todd fut le point le plus critiqué de son œuvre, et semble empreinte, en effet, d'une exagération regrettable. A côté des cas insolites où il administrait l'eau-de-vie par cuillerées à café toutes les trois heures, s'en trouvent d'autres où il prescrivait, en vingt-quatre heures, jusqu'à 48 onces de brandy, et cela pendant plusieurs jours de suite; le principe des doses fractionnées pouvait bien s'accommoder à une telle manière de faire; mais en était-il de même du principe des petites doses?

Todd, ou plutôt sa pratique, eut donc à subir des attaques fondées. On l'accusa : 1° de donner souvent les alcooliques hors de propos; 2° de les employer à une époque trop voisine du début des maladies; 3° de les prescrire à des doses immodérées : triple reproche qui n'a évidemment rien de radical, et s'adresse à l'abus beaucoup plus qu'à l'usage. Comparons à la pratique de Todd celle de ses antagonistes.

Tweedie [1] ne donne guère les alcooliques dans la première période des fièvres; il attend que la prostration se déclare, et pense que les doses n'ont pas besoin, en général, d'être aussi élevées dans la fièvre typhoïde que dans le typhus. Parfois, il n'emploie l'alcool ou le vin qu'à contre-cœur, persuadé qu'il risque, en agissant ainsi, d'aggraver certaines affections locales secondaires, mais convaincu, en même temps, qu'il faut aller au plus pressé. Quant aux inflammations, il n'admet point qu'elles soient, dès le début, justiciables

(1) Lectures on Fevers. By Alexander Tweedie. In *The Lancet*, 1860.

des spiritueux, et réserve ceux-ci pour l'instant où les forces commencent à baisser sensiblement.

Lyons [1] croit les spiritueux (vin, brandy, whisky, etc.) rarement indiqués dans le typhus avant le deuxième septenaire; il les prescrit d'ordinaire à partir de cette époque, et débute habituellement par une dose de vin qui varie de 3 à 6 onces; du reste, placé entre l'écueil de donner trop et trop tôt, et celui d'une lenteur et d'une parcimonie intempestives, il craint moins le premier que le second. La fièvre typhoïde lui paraît réclamer rarement l'intervention des alcooliques; il n'en est pas de même de la pneumonie typhoïde.

Murchison [2] condamne les doses excessives; il ne dépasse presque jamais 6 ou 8 onces de brandy par jour, et les cas où il est allé jusqu'à 16 onces en vingt-quatre heures étaient tout à fait exceptionnels. Selon lui, la fièvre typhoïde se prête moins fréquemment que le typhus à l'emploi des spiritueux; en tout cas, ils n'y sont guère de mise avant le dixième ou le douzième jour. Leur indication est rare également dans la fièvre à rechute, sauf lors de l'épuisement qui suit la crise, et pendant la convalescence.

Les trois auteurs que je viens de signaler s'élèvent contre l'usage banal de l'alcool, recommandent de n'y pas recourir trop tôt, et veulent qu'on le supprime si les premières doses paraissent mal réussir. Ce dernier trait achève de les distinguer de Todd, qui attribuait l'insuccès des premières doses ou les accidents qu'elles semblent produire, non à l'inopportunité, mais à l'insuffisance de la quantité prescrite. « Si la face se congestionne, disait-il, c'est peut-être qu'il y a intolérance digestive; tâchons alors de vaincre celle-ci : donnons moins à la fois et plus souvent, par exemple; n'oublions pas, surtout, que la congestion de la face, comme la recrudescence de certains symptômes, disparaît fréquemment dès qu'on augmente la proportion du spiritueux. »

Sur la liste des contradicteurs de Todd figurent encore Symonds [3], d'ailleurs partisan de l'alcool quand l'asthénie est évidente; Gairdner [4], qui, grand ennemi des médications dépressives, croit pourtant l'alcool souvent inutile, n'en ordonne, le cas échéant, que

(1) A Treatise on Fever. By Robert D. Lyons. London, 1861.

(2) A Treatise on the Continued Fevers of Great Britain. By Charles Murchison. London, 1862.

(3) *Medical Times and Gazette*, 1860.

(4) Facts and Conclusions as to the Use of Alcoholic Stimulants in Typhus Fever. By W. T. Gairdner. In *The Lancet*, 1864. — On the Treatment of the Acute Diseases of the Chest. By W. T. Gairdner. In *The Lancet*, 1866.

4 ou 5 onces en moyenne, et se demande si ce liquide pris en excès n'est pas capable d'empoisonner le sang; Bennett (1), qui prescrit le *port-wine*, depuis 4 onces jusqu'à 8, mais redoute la stimulation superflue; Wilks (2), Williamson (3), Bright, Addison, Barlow, dont les idées s'éloignent peu de celles de Gairdner; et tant d'autres qu'il serait oiseux d'énumérer.

En résumé, je pense que le traitement alcoolique a été fréquemment poussé trop loin; mais je crois non moins fermement que les faits observés en Angleterre méritent la plus sérieuse considération. Lorsqu'on voit des pneumonies non choisies guérir, sous l'influence du *port-wine*, dans la proportion de 125 sur 129, il est bien permis d'être infidèle à des méthodes dont les plus beaux succès laissent encore place à une mortalité d'un huitième; et quand l'emploi *exagéré* de l'alcool n'entraîne, dans les cas graves, qu'un décès sur neuf, la raison ne peut vouloir qu'on s'en tienne au tartre stibié qui, dans des conditions analogues, laisse mourir près des deux tiers des malades.

La question de l'âge du malade ne paraît pas avoir toujours préoccupé ceux des médecins anglais qui prescrivent les liqueurs spiritueuses. Toutefois, parmi les observations provenant de l'école de Todd, nous rencontrons çà et là celle d'un jeune sujet. Anstie parle d'un enfant de quatorze mois, atteint de pneumonie avec accélération extrême du pouls et de la respiration, peau chaude et sèche, toux désolante (*distressing*), face brûlante, joues congestionnées, urines privées de chlorures, et dont l'estomac, rebelle aux liquides les plus variés, même à l'eau pure, ne pouvait supporter que le port-wine : le petit malade en prit avidement, par cuillerées à café jusqu'à 6 onces par jour pendant douze jours; à la fin de ce temps, il fut possible d'ajouter au vin un peu d'eau, puis de remplacer le vin par de l'huile de foie de morue, tout autre aliment, tel que lait, arrow-root, beef-tea, continuant à être immédiatement vomi; un succès complet couronna cette médication. Passant de la première à la deuxième enfance, je mentionnerai encore l'histoire

(1) On the Treatment of Pneumonia by Restoratives. By John Hughes Bennett. In *The Lancet*, 1865.

(2) Twelve Cases of Typhus and Typhoid Fever treated without Stimulants. In *The Lancet*, 1865. — Clinical Lecture on the Indiscriminate Use of Alcoholic Stimulants in Disease. By Samuel Wilks. In *The Lancet*, 1867.

(3) Clinical Remarks on the Use of Stimulants in Fever. By W. Williamson. In *The Lancet*, 1865.

racontée par Beale, d'une fille de quatorze ans présentant un rhumatisme articulaire aigu, compliqué de pneumonie et de péricardite avec épanchement : le pouls était à 160; il y avait soixante respirations par minute; indépendamment des alcalins et de l'opium à l'intérieur, des onctions mercurielles et des topiques opiacées, on prescrivit 10 onces d'eau-de-vie par jour pendant onze jours : la malade guérit.

Le docteur West, médecin de l'hôpital des Enfants, à Londres, emploie souvent les spiritueux dans la diarrhée inflammatoire : l'indication peut se produire tout à coup et disparaître de même; rare d'ordinaire avant le déclin des symptômes actifs, elle survient pourtant quelquefois dès le deuxième ou troisième jour de la maladie, lorsqu'il y a une grande irritabilité de l'estomac, une action énergique des intestins, qu'aucun médicament n'est supporté sauf le calomel et l'opium, et que les boissons ne sont tolérées qu'à la condition d'être administrées froides. En pareille occurrence, une faiblesse extrême peut se déclarer rapidement, et les vomissements, liés d'abord à l'état de l'estomac, continuent comme expression de l'affaissement général; on doit prescrire alors à un enfant de 1 à 2 grammes environ de brandy toutes les deux ou trois heures : ce liquide sera donné par doses de quelques gouttes, soit dans du lait froid étendu d'eau, soit dans de l'arrow-root peu épais. Murchison croit l'alcool souvent inutile chez les jeunes enfants atteints de fièvre typhoïde [1]; West est un peu moins réservé : les indications des spiritueux dans cette maladie lui paraissent les mêmes à tous les âges, et, quant aux doses, elles varieront suivant la façon dont le malade les supportera; négligeant le précepte de Todd, il donne le vin en même temps que l'eau-de-vie, et n'a point balancé, dans quelques cas, à faire prendre, à des enfants de dix ans au plus, 12 onces du premier et 4 onces de la seconde en vingt-quatre heures. Selon West, la pneumonie est susceptible d'exiger l'emploi du vin chez les enfants comme chez les adultes; il est à propos d'en ordonner même aux enfants à la mamelle, si la respiration devient pénible et irrégulière, tandis que le pouls augmente en fréquence et en petitesse. Le vin et le brandy sont encore avantageux dans l'œdème du poumon, avec dépression excessive des forces, et leur suppression prématurée serait, dans ce cas, très-préjudiciable. Enfin, West conseille le vin et l'ammoniaque chez les enfants at-

(1) A Treatise on the continued Fevers, etc.

teints de variole, quand la faiblesse est très-marquée avant que l'éruption soit établie [1].

Dans une leçon clinique sur le traitement de la pneumonie, Chambers parle avec éloges des spiritueux; mais il ne les croit pas nécessaires dans l'enfance, et prétend que l'alcool augmente, à cet âge, la durée de l'affection [2].

D'après le docteur Mac Cormick, c'est à tort qu'on semble craindre l'usage du vin chez les jeunes enfants : ce traitement lui a réussi, notamment dans des cas de pneumonie ou de bronchite aiguë chez des sujets nouveau-nés ou âgés de un à douze mois. Il pense qu'en prescrivant simultanément l'ammoniaque, on peut prévenir les effets narcotiques de l'alcool, et qu'un état inflammatoire ne contre-indique nullement les spiritueux quand ils sont réclamés par l'état général des malades [3].

Graily Hewitt assure qu'en aucun cas les bons effets des stimulants alcooliques n'apparaissent aussi frappants que dans la première ou la seconde enfance, soit qu'il s'agisse de combattre la faiblesse dans les affections dépressives, soit qu'on ait affaire à des enfants nés faibles ou chétifs. Il professe qu'un grand nombre des états dits *inflammatoires* qui surviennent dans les premiers temps de l'existence peuvent être efficacement et promptement combattus par l'eau-de-vie ou le vin à large dose.

Les opinions de Graily Hewitt ont trouvé faveur autour de lui. Parmi ses adhérents on peut citer le docteur Kingsford, chirurgien du London Orphan Asylum; ce praticien s'étend sur un phénomène qu'il croit propre à régler l'administration du brandy chez les jeunes enfants : si la fontanelle est déprimée, concave, c'est qu'il y a dépression des forces : d'où indication ; si elle est convexe, bombée, c'est que les forces n'ont pas fléchi : d'où contre-indication [4].

J'ai été moi-même témoin de l'emploi des alcooliques au London Hospital for Sick Children. On s'y garde soigneusement de la routine, mais, en considérant les circonstances propres à chaque malade, on est fréquemment amené à prescrire les spiritueux dans la

---

(1) Lectures on the Diseases of Infancy and Childhood. By West.

(2) Clinical Lectures on the Treatment of Pneumonia. By T. K. Chambers. In *The Lancet*, 1862.

(3) Stimulants to new-born Infants. By J. V. M' Cormick. In *The Lancet*, 1865.

(4) Stimulants to Young Children. By C. Dudley Kingsford. In *The Lancet*, 1865.

bronchite, la pneumonie, les fièvres éruptives, le typhus (dès le début), la fièvre typhoïde (à une époque plus éloignée). Le vin est administré dans de l'eau ou dans du lait; jamais on ne sucre le mélange, et les enfants ne l'en acceptent pas moins volontiers. Il va sans dire que les doses varient avec l'âge des malades; à un enfant de six ans on administrera 2 onces d'eau-de-vie ou 4 onces de vin, souvent beaucoup plus, et jusqu'à 8 onces d'eau-de-vie dans certains cas. D'autre part, je me rappelle avoir vu au London Fever Hospital un enfant de trois mois prenant 3 onces de brandy par jour, et un enfant de dix ans prenant 6 onces de la même substance dans le même temps; ce dernier malade était atteint de scarlatine.

La médecine française préconise, elle aussi, le traitement alcoolique dans certaines affections de l'enfance. D'accord avec Posner (de Berlin), MM. Barthez et Rilliet le conseillent dans la bronchite suffocante aiguë. « Lorsque l'oppression est considérable, disent-ils, lorsque l'enfant n'a plus la force de vomir, de tousser, d'expectorer; si le visage est altéré, si le regard a perdu l'éclat fébrile pour prendre une apparence terne et inanimée; si la face est légèrement violacée, et que les extrémités aient de la peine à se réchauffer, il ne faut pas hésiter, quelle que soit la forme anatomique et symptomatique, à recourir aux stimulants toniques. Il faut choisir un vin de liqueur, malaga, madère ou porto; le donner par cuillerées à café ou par cuillerées à soupe, mêlé à trois ou quatre parties d'eau. Dans les cas pressants, on doit l'administrer toutes les demi-heures; dans les cas moins urgents, toutes les deux ou trois heures » [1]. MM. Trastour et Gatterre ont été plus loin encore : un enfant de quatorze mois se mourait d'une bronchite ou d'une broncho-pneumonie; appelés pour la forme, ces deux praticiens firent prendre au patient le quart d'une bouteille de vin de Constance, par cuillerées à café, dans l'espace de deux ou trois heures; peut-être dépassèrent-ils un peu la dose nécessaire, car il y eut des signes d'ivresse; quoi qu'il en soit, l'enfant guérit. Une autre fois, M. Trastour eut à se louer d'un traitemcnt analogue chez une petite fille de onze ans, faible et chétive, qui avait été prise de pneumonie au dixième jour d'une rougeole [2]. Les vins de liqueur sont également recommandés par MM. Barthez et Rilliet dans la diarrhée cholériforme des enfants lorsqu'il y a perte

---

(1) Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par Barthez et Rilliet.

(2) *Bulletin de Thérapeutique*, 1866.

des forces, refroidissement, petitesse du pouls et flaccidité du ventre; les mêmes auteurs en font pareillement usage dans l'éclampsie infantile, si souvent liée à une débilitation de l'organisme.

M. Cazin, adoptant une pratique semblable à celle de West, ordonne du vin chaud dans la variole quand l'éruption languit par défaut d'énergie du malade (enfants de la classe pauvre).

Un cas de diphthérite infectieuse a fourni à M. F. Bricheteau l'occasion de prescrire largement les alcooliques : le petit malade, qui refusait l'alimentation ordinaire, ne put être soutenu que par ce moyen et n'offrit jamais aucun symptôme d'ébriété [1].

Je ne pourrais, sans sortir de mon sujet, m'appesantir sur l'emploi de l'alcool contre les ascarides lombricoïdes (Bremser, Cruveilhier, Cazin), ni même sur l'utilité des lavements de vin dans le rachitisme (A. Dubois, Blache, Giraud) ; et je terminerai présentement mes citations en extrayant de la thèse de M. Guelle un passage relatif à la fièvre typhoïde :

« Dans cette affection, qui ne diffère guère du même type pathologique des adultes, nous retrouvons également deux sortes d'adynamie : une adynamie primitive, telle qu'elle se présente dans certaines fièvres typhoïdes très-graves, à forme ataxo-adynamique, et une adynamie secondaire, ou celle qui n'est plus l'effet du génie même de la maladie, mais de sa débilitation consécutive.

« Dans les deux cas, les alcooliques rendent de grands services, et satisfont admirablement à deux indications tout à fait spéciales. »

De ce qui précède, il résulte explicitement ou implicitement : 1° que les médecins français ne donnent point l'alcool dans les maladies de l'enfance à moins d'adynamie évidente ou de menace d'inanition ; 2° que s'ils l'emploient chez des enfants atteints d'affections inflammatoires, c'est malgré la nature du mal, et nullement à cause de cette nature; 3° qu'ils sont imités, sous ce double rapport, non par tous les médecins anglais, mais par un certain nombre d'entre eux.

Personne, en France, ne semble avoir essayé jusqu'ici d'appliquer aux enfants le traitement alcoolique *tel que Todd l'entendait :* il n'est donc pas impossible qu'on accorde quelque intérêt aux observations que je vais maintenant rapporter. En prescrivant l'alcool à plusieurs de nos malades, avec l'assentiment et sous le con-

---

[1] De l'emploi du vin à haute dose dans le traitement de la forme infectieuse de la diphthérite; par F. Bricheteau. In *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXVII.

trôle de mon excellent maître, M. Simon, j'ai tenté d'ébaucher, à l'hôpital des Enfants, l'œuvre accomplie par M. le professeur Béhier dans les hôpitaux d'adultes : je ne me suis point attaché spécialement aux états manifestement adynamiques, et, m'inspirant des préceptes de Todd, j'ai administré l'eau-de-vie dans les phlegmasies franches comme dans les cas où la dépression des forces dominait visiblement la scène. Mes faits se rattachent à plusieurs espèces morbides. Trop peu nombreux pour que j'en veuille rien conclure à l'égard d'aucune maladie en particulier, ils ont un côté commun qui les rapproche : le caractère aigu et fébrile. C'est généralement sous forme d'eau-de-vie à 50° Gay-Lussac, et en dilution dans un julep gommeux ou, mieux, dans de l'eau sucrée, que l'alcool a été donné à nos patients ; l'abondance du véhicule variant de manière à corriger la saveur brûlante de la base, et les jeunes malades prenant une cuillerée à soupe de leur potion, toutes les heures au moins.

Voici le relevé des enfants traités par cette méthode :

Huit pneumonies (enfants de deux, treize, neuf, trois, neuf, quatorze, six, treize ans) : sept guérisons, un décès.

Une fièvre typhoïde (enfant de dix ans) : guérison.

Une bronchite capillaire, suite de coqueluche : mort.

Deux tuberculisations pulmonaires, suite de coqueluche : morts.

Deux rougeoles graves : un guéri et un mort.

Cette statistique, qui ne comprend qu'un nombre de faits insuffisant, ne prouve rien, et ce n'est point la proportion des guérisons obtenues qui doit faire juger, dans l'espèce, en faveur de l'alccool ou contre lui. Toute la question est de suivre l'enchaînemcnt des phénomènes et d'en peser la valeur, de façon à reconnaître si l'âge peu avancé des malades a modifié les effets du traitement ou, en d'autres termes, si les doctrines de Todd peuvent être vérifiées sur les enfants comme elles l'ont été par M. Béhier sur les adultes et les vieillards. Ainsi envisagées, mes observations se résument comme il suit :

1° *Appareil digestif.* — L'alcool n'a jamais produit aucun trouble sérieux du côté de cet appareil et de ses fonctions. Plusieurs fois l'appétit a été relevé, la langue et la bouche humidifiées ou nettoyées. Dans quelques cas, il y a eu soit de la diarrhée, soit de la constipation, symptômes peu attribuables à la nature du traitement, puisque nous les avons vus cesser quand on augmente la dose quotidienne d'alcool. J'ajouterai qu'une de nos malades a parcouru les différentes périodes de la phthisie pulmonaire sans que

les fonctions intestinales se soient dérangées. A l'autopsie d'un sujet de quatorze ans qui avait pris jusqu'à 250 grammes d'eau-de-vie par jour, nous avons trouvé la première portion de l'intestin grêle très-congestionnée ; mais cette lésion tenait uniquement à la maladie, puisque l'estomac n'était le siége d'aucune rougeur.

2° *Appareil circulatoire.* — Un des effets les plus fréquents du traitement alcoolique a été de faire tomber le pouls ; ce phénomène s'est manifesté de la manière la plus frappante chez un enfant atteint de pneumonie ; le pouls battait 124 avant qu'on eût prescrit l'alcool ; 30 grammes d'eau-de-vie sont administrés, et le lendemain matin le pouls bat seulement 92 ; deux jours après, le pouls s'élève de nouveau, et reste à 104 pendant trois jours ; on porte à 45 grammes la dose de l'eau-de-vie : le pouls tombe à 88. Chez un autre, on trouve, avant toute prescription, le pouls à 104 ; on ordonne 100 grammes d'eau-de-vie, et, le lendemain matin, le pouls est à 88 ; le surlendemain et le jour suivant, le pouls monte à 112 : potion avec 150 grammes d'eau-de-vie ; pouls à 88 le lendemain matin. Cet abaissement du pouls après l'emploi d'une quantité d'alcool suffisante a été noté jusqu'à trois fois dans l'observation de fièvre typhoïde.

La faiblesse du pouls a paru diminuer également sous l'influence de l'eau-de-vie.

Ce que j'ai dit du nombre des pulsations, je le dirai de la température, qui s'est abaissée, en plusieurs occasions, d'une manière sensible. Le ralentissement du pouls n'a pas toujours coïncidé avec l'amoindrissement de la chaleur ; parfois même le pouls est devenu plus fréquent alors que la température baissait, et *vice versâ*. Ce désaccord possible entre la température et le pouls n'a rien de bien surprenant ; divers auteurs l'ont signalé en dehors de toute préoccupation thérapeutique, et rien ne prouve que l'alcool en puisse être la cause directe ou indirecte.

3° *Appareil respiratoire.* — Le plus souvent, mais non toujours, la respiration est devenue moins fréquente.

Jamais la plus légère odeur alcoolique n'a existé dans l'haleine.

4° *Système nerveux.* — La céphalalgie, la pesanteur de tête, l'agitation, l'insomnie, le délire, ont été très-efficacement combattus par l'eau-de-vie, et dans aucun cas cet agent ne les a provoqués. La stupeur et les bourdonnements d'oreilles ont cédé de la même manière, aussi bien que les soubresauts de tendons. Jamais le moindre symptôme n'est venu trahir un degré quelconque d'ivresse ou d'abattement consécutif. Nous n'avons pas eu de peine à

constater l'heureuse influence du traitement sur l'état des forces et sur la rapidité de la convalescence ; dès qu'ils ont pu se lever, la plupart de nos malades se sont trouvés relativement solides sur leurs jambes.

5° *Sécrétions.* — Nulle modification importante n'est survenue du côté des urines ; la transpiration, au contraire, a été souvent provoquée [1].

Somme toute, l'alcool s'est comporté à l'hôpital des Enfants comme dans les hôpitaux britanniques et le service de M. le professeur Béhier. La plupart des phénomènes annoncés par les Anglais s'y sont manifestement reproduits, et les propriétés antifébriles d'un agent réputé incendiaire ont été confirmées une fois de plus sur un terrain nouveau. Je ne nie point que les effets produits n'aient semblé parfois inégaux, qu'on n'ait vu, en plusieurs occasions, le pouls s'accélérer alors que la respiration se ralentissait ou que la chaleur diminuait, et réciproquement ; je reconnais aussi que, dans un petit nombre de cas, l'eau-de-vie a paru aggraver momentanément la situation des malades ; mais ces faits ne prouvent rien, à mon avis, contre le traitement alcoolique. Todd professe que les spiritueux peuvent nuire quand ils sont donnés trop parcimonieusement, « de même que l'opium, dit-il, dont une dose insuffisante dérange le système nerveux, tandis qu'une dose plus élevée le calme. » Or, il est fort possible que, dans les cas où l'alcool n'a eu qu'une action incomplète ou fâcheuse, la faute en ait été à l'insuffisance de la quantité prescrite. Ce qui rend cette hypothèse vraisemblable, c'est que des doses plus fortes ont causé, chez certains malades, un mieux dont n'avaient pas été suivies des doses plus faibles.

De toutes les particularités présentées par nos malades, la plus digne d'attention a été peut-être la tolérance morbide. Quelque remarquables que soient le ralentissement du pouls et de la respiration, l'abaissement de la température, la cessation du délire et de l'insomnie, les incrédules de parti pris ont toujours la vieille res-

---

(1) Edward Smith considère la sécheresse de la peau, dans les maladies aiguës, comme une contre-indication à l'emploi de l'alcool. Anstie est d'un autre sentiment, et ce que j'ai observé, aux Enfants ou ailleurs, m'oblige à penser comme Anstie. D'après Smith, Todd, qui négligeait l'état de la peau, n'échappait aux conséquences d'une telle incurie qu'en associant à l'alcool divers médicaments, et, en particulier, l'acétate d'ammoniaque ; mais M. Béhier n'a point reconnu d'avantage à cette pratique, et trouve qu'il revient au même d'administrer l'eau-de-vie toute seule.

source d'invoquer les coïncidences nées du hasard. Mais quelle fin de non-recevoir opposeraient-ils à la tolérance? Est-il ordinaire qu'une fille de quatorze ans boive 250 grammes d'eau-de-vie, que des enfants de deux ans ou deux ans et demi prennent 60 ou 80 grammes de la même liqueur sans donner aucun signe d'ébriété, sans offrir la moindre odeur d'alcool dans l'haleine? Avouons *que le hasard serait un grand magicien* s'il pouvait opérer des merveilles de ce genre; ou plutôt convenons que, si les Anglais ont bien observé sur ce point, il y a fort à parier qu'ils ont vu clair sur le reste.

En terminant cette première partie de mon travail, je me bornerai aux trois couclusions suivantes :

1° Le traitement alcoolique peut être appliqué aux enfants sans plus de danger qu'aux adultes et aux vieillards ;

2° L'alcool, administré à doses fractionnées dans les maladies aiguës fébriles, paraît avoir la même action thérapeutique aux différents âges de la vie ;

3° Cette action est celle que M. le professeur Béhier a fait, le premier, connaître en France.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la mort par le chloroforme chez les enfants;

Par M. Bouvier, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, médecin honoraire des hôpitaux.

Plus on est persuadé des précieux avantages du chloroforme dans la pratique de la chirurgie, plus on doit désirer connaître dans tous leurs détails le petit nombre de cas malheureux qui se sont produits sous l'influence de ce merveilleux agent. D'une part, en effet, il importe de ne pas se faire d'illusion sur les effets du chloroforme en lui attribuant une innocuité qui ne serait point en rapport avec les faits; et, d'autre part, ce n'est qu'en appréciant avec connaissance de cause toutes les circonstances qui ont accompagné les accidents dus à son emploi que l'on peut se prémunir contre des craintes exagérées qui conduiraient à se priver, sans motif suffisant, des ressources de l'anesthésie.

On sait que l'action du chloroforme chez les enfants est en général caractérisée par la simplicité, la régularité des phénomènes,

par la promptitude avec laquelle ils se produisent une fois que la résistance et les cris de l'enfant ont cessé. On obtient presque immédiatement, dans le premier âge, cette période d'insensibilité et de résolution complète, qui constitue le vrai sommeil anesthésique, période de calme, de *tolérance* comme on l'a dit, dans laquelle l'organisme *tolère* effectivement non-seulement les impressions douloureuses, qu'il ne perçoit plus, mais encore les doses de chloroforme qu'il a reçues, quoique cela ne signifie nullement qu'il en *tolérerait* aussi bien de nouvelles.

Cette impressionnabilité de l'enfance, cette aptitude à entrer si aisément dans l'état anesthésique pur, dont elle sort avec la même facilité, ont dès longtemps fait reconnaître que l'emploi du chloroforme était pour le moins aussi applicable à cette époque de la vie qu'à l'âge adulte. On peut même dire que la pratique de l'anesthésie est, à ce point de vue, plus facile et moins hasardeuse chez les enfants, parce qu'elle est débarrassée des complications, des phénomènes insolites, imprévus, qui peuvent troubler un moment l'opérateur ou même lui causer une véritable perplexité, quand il agit sur un adulte.

Cependant il n'est pas moins évident que l'extrême sensibilité de l'enfance à l'action des anesthésiques réclame une prudence et des précautions encore plus rigoureuses, s'il se peut, que chez les adultes, afin de s'arrêter à temps et de ne pas dépasser de la plus petite quantité la dose de chloroforme compatible avec la conservation de la vie. Les faits suivants fournissent des exemples instructifs des risques que l'on courrait par une conduite opposée.

Obs. I (Extraite du *Berliner klinische Wochenschrift* ou *Journal clinique hebdomadaire de Berlin*, n° du 4 décembre 1865). — Charles B***, âgé de quatre ans et trois mois, fut amené à la consultation publique de M. Hüter, à Berlin, le 18 novembre 1865. Il venait d'être affecté d'une anasarque scarlatineuse, dont il ne restait plus que des traces au bas des jambes.

Depuis quelques jours, l'excrétion de l'urine était rare, et l'on assurait même que l'enfant n'avait pas uriné depuis deux jours. Il était pâle et avait un air maladif. On le mit sur une chaise, afin de s'assurer de l'état de la vessie. Il fut constaté par la percussion que cet organe était distendu; mais cet enfant s'agita tellement pendant l'exploration, quoiqu'elle ne fût pas douloureuse, qu'il fut impossible de le percuter exactement. M. Hüter pensa qu'à plus forte raison, le cathétérisme, qui paraissait nécessaire, provoquerait des mouvements désordonnés qui le rendraient impraticable ou dange-

reux. Il résolut donc, suivant la pratique usitée en pareil cas, de chloroformer le petit malade. Le chloroforme fut administré, suivant les règles et avec la prudence accoutumées, par le secrétaire de la clinique, exercé depuis des mois à son emploi. L'enfant cria beaucoup, comme cela arrive presque toujours à cet âge, pendant qu'on lui présentait le linge imbibé d'une petite quantité de chloroforme, et la narcose se montra assez promptement, effet ordinaire des grandes inspirations qui succèdent aux cris. M. Hüter prit alors l'enfant et le plaça sur la table d'opération. Il y eut encore de l'agitation, et l'on dut tenir encore quelques instants au devant de la face la compresse, qui ne contenait plus que des traces de chloroforme et qui n'en reçut pas de nouveau. Aussitôt que les mouvements cessèrent, on éloigna la compresse et on ne s'en servit plus à partir de ce moment. La quantité de chloroforme employée fut moindre, dit l'auteur, qu'il n'en faut généralement pour les enfants de cet âge, et elle n'était point comparable à celles qu'on emploie usuellement dans les opérations chirurgicales.

M. Hüter percuta l'abdomen avec le doigt, puis avec le plessimètre, reconnut que la vessie s'étendait jusqu'au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis; il examina le pénis, trouva un phymosis et aperçut une gouttelette de pus dans l'ouverture étroite du prépuce. Tout en appelant l'attention des assistants sur ces circonstances, causes probables de la rétention d'urine, il se fit donner une sonde d'argent et l'introduisit lentement et sans trop de difficulté jusque dans la vessie. Il se passa tout au plus deux à trois minutes entre les dernières inhalations de chloroforme et le moment où la sonde fut introduite; et dans cet intervalle, pendant lequel le petit malade ne respirait que de l'air pur, la respiration et le pouls, qu'on surveillait attentivement, restèrent dans un état parfaitement normal. Mais, au moment où la sonde vient de pénétrer dans la vessie, l'aide chargé de veiller aux effets de l'anesthésie avertit le chirurgien que l'enfant respire mal. M. Hüter voit les lèvres bleuir, les jugulaires se gonfler, la respiration se suspendre. Soulevant la tête d'une main, il enfonce le doigt indicateur de l'autre main jusqu'à travers l'isthme du gosier, tant pour prévenir le refoulement de la langue sur l'épiglotte que pour provoquer énergiquement l'inspiration en touchant la muqueuse du larynx. Le pharynx reste immobile; le contact du doigt avec la face postérieure de l'épiglotte est suivi d'une profonde inspiration. Déjà le pouls ne battait plus, et plusieurs des assistants, s'en étant aperçus, s'étaient empressés d'appliquer sur la peau des éponges mouillées et d'arroser

la face d'eau froide. Ne voyant pas une seconde inspiration succéder à la première, n'obtenant aucun effet de l'élévation des côtes alternant avec la pression du ventre, l'auteur se décide à pratiquer la trachéotomie.

L'incision de la peau met à nu une veine, que l'on ouvre avec intention, afin de dégorger le système veineux. Cette incision est suivie d'une nouvelle inspiration profonde. Après l'écoulement d'une à deux onces de sang, on ferme la veine avec une pince à coulisse et l'on découvre rapidement la trachée-artère et le cartilage cricoïde. Une troisième inspiration a lieu pendant cette dissection; mais, la poitrine restant de nouveau immobile, M. Hüter ouvre le conduit aérien à la hauteur du cartilage cricoïde et des premiers anneaux de la trachée. Il y introduit aussitôt une sonde de gomme élastique, aspire le peu de sang qui s'y est épanché, et se met en devoir de pratiquer la respiration artificielle. Il insufflait lui-même l'air par la sonde et .l'expulsait par la compression de l'abdomen, en suivant le rhythme de la respiration ordinaire. L'air insufflé, ressortant en partie par la bouche, à cause de la paralysie de la glotte, le chirurgien comprime avec les doigts l'intervalle de l'os hyoïde et du cartilage cricoïde, et, dès ce moment, la poitrine se dilate distinctement à chaque insufflation. On continuait toujours les lotions froides, et on avait monté promptement un appareil électrique d'induction. A la respiration artificielle fut alors associée l'électrisation du diaphragme, que l'on pratiqua en plaçant un des électrodes sur les scalènes, dans la région du nerf phrénique, et l'autre au-dessous du rebord des côtes.

Mais déjà l'auteur avait acquis la conviction que la paralysie du cœur ne jouait pas un rôle moins important que celle des muscles inspirateurs, et que la respiration artificielle ne pouvait réussir tant que la circulation resterait suspendue. Il confia donc la sonde trachéale à l'un des assistants, qui se chargea de continuer la respiration artificielle, et s'occupa lui-même de réveiller l'action du cœur. Les électrodes, appliqués sur la région du cœur, n'eurent, comme il s'y attendait, aucun effet. L'auscultation fit reconnaître la cessation des contractions cardiaques. M. Hüter se hâta de recourir au dernier moyen qui fût à sa disposition, à l'électro-puncture du cœur, quoiqu'il ne connût pas d'exemple de son emploi dans un cas semblable. Il enfonça une première aiguille, à la profondeur d'environ 25 millimètres, dans le quatrième espace intercostal, contre le bord gauche du sternum, et en introduisit une seconde plus près du mamelon et un peu plus bas que la première. Il pense, d'après de

nombreuses expériences qu'il avait faites précédemment, avoir réussi à implanter l'une de ces aiguilles dans les parois du ventricule droit, et l'autre, soit dans le gauche, soit très-près de la cloison interventriculaire. Les deux électrodes furent mis en contact, un court instant, avec les aiguilles, et l'électrisation fut ainsi répétée à des intervalles imitant le temps de repos du cœur. Un soulèvement régulier, assez étendu, de la tête des aiguilles montra que l'on obtenait des contractions ventriculaires ; mais la circulation ne se rétablit pas. L'auteur renonçà dès lors à l'espoir de ranimer la vie, et fit cesser la respiration artificielle.

M. Hüter rend hommage à l'empressement et aux lumières de tous ceux qui l'ont assisté dans cette scène émouvante. Malgré l'insuccès de ses efforts, il ne croit pas qu'il procéderait autrement dans un cas semblable, si ce n'est qu'il aurait peut-être recours un peu plus tôt à l'électrisation directe du cœur, dont il ne se dissimule pas néanmoins les dangers ni l'effet incertain. Il se demande si de pareils malheurs doivent faire restreindre davantage l'emploi du chloroforme. Il ne le pense pas, malgré l'impression profonde qu'une catastrophe de ce genre laisse dans l'âme des assistants et surtout du chirurgien lui-même. Des faits isolés, si déplorables qu'ils soient, ne sauraient, suivant lui, modifier les grands principes de la science, appuyés sur des bases beaucoup plus larges. Il fait appel, à ce sujet, à la statistique, et cite le relevé consigné par Samson dans le *Medical Times*, pour 1863, et d'après lequel, sur deux millions de cas d'emploi du chloroforme, il y aurait cent cinquante cas connus de mort produite par cet agent, soit une mort sur quatorze mille chloroformisations. Aucun des cas malheureux ne se rapporte à un enfant de moins de cinq ans.

M. Hüter distingue d'ailleurs, comme tout le monde, les cas où le chloroforme n'a pas causé la mort survenue pendant son action, ou ne l'a causée qu'indirectement, — par exemple, par l'écoulement du sang dans la glotte anesthésiée, — et ceux où cette substance a été mortelle par elle-même. Il n'hésite pas à ranger dans cette dernière catégorie le fait qu'il rapporte, malgré la petite quantité de chloroforme inhalée. Il ajoute que ce chloroforme a été examiné, après l'événement, par des hommes très-compétents, qui l'ont trouvé parfaitement pur.

La nécropsie n'est pas jointe à cette observation, parce qu'elle a été faite judiciairement, et que l'auteur n'en connaissait pas encore les détails.

Obs. II. — M. H. Friedberg, de Berlin, a publié dans les *Ar-*

chives de Virchow (t. XVI) l'observation ci-après, ayant pour titre : *Asphyxie par le chloroforme ; respiration artificielle par la faradisation du diaphragme et la compression méthodique de l'abdomen ; vie sauve.*

Otto Krause, de Berlin, âgé de quatre ans, fut reçu à la clinique de M. Friedberg, le 7 mai 1858, pour une petite tumeur enkystée de la paupière inférieure gauche. Cette affection n'ayant pas cédé à l'emploi des topiques résolutifs, on se décida à enlever la tumeur le 15 mai. L'enfant fut chloroformé au moyen d'une compresse portant une éponge, sur laquelle on avait versé au plus une drachme (4 grammes) de chloroforme. Pendant l'inhalation, l'auteur se tourna un moment du côté du chirurgien chargé de faire l'opération, pour lui donner encore quelques instructions. Deux minutes à peine s'étaient écoulées, lorsqu'en se retournant M. Friedberg vit tout à coup la face changer d'expression. Le pouls devint en même temps très-petit, et après une inspiration courte et bruyante, la respiration fut suspendue. La face était livide, l'œil immobile, la pointe de la langue appliquée contre les arcades dentaires ; les dents étaient serrées, les membres dans le relâchement. On souleva l'enfant, on ouvrit les croisées, on arrosa d'eau froide la face et la poitrine, on plaça de l'ammoniaque sous les narines. M. Friedberg porta une petite éponge jusque sur le larynx, afin d'enlever les mucosités, mais surtout dans l'intention d'exciter la muqueuse et de provoquer la toux. En même temps on s'efforçait de déterminer des mouvements d'inspiration en frictionnant la poitrine, en la frappant avec une compresse mouillée. Mais, au bout de deux ou trois minutes, un nouveau changement s'opère. Le pouls disparaît entièrement, la face pâlit, les traits sont ceux d'un cadavre, la mâchoire inférieure est pendante. En écartant les paupières, on voit la pupille dilatée ; les paupières restent entr'ouvertes. L'auteur a recours à la compression méthodique du ventre, comme moyen de respiration artificielle. Pendant qu'un aide appuie à plat les deux mains sur le bas-ventre, au-dessous de l'ombilic, pour empêcher les viscères de se porter en bas, M. Friedberg presse fortement avec ses deux mains sur le haut de l'abdomen, de manière à refouler le diaphragme subitement et avec force, et à le faire remonter le plus haut possible. La pression est ensuite suspendue, puis on la recommence et l'on continue cette manœuvre, suivant le rhythme de la respiration naturelle pendant environ trois minutes. On n'en obtient aucun effet. Le diaphragme reste inerte. On prend le parti de faradiser ce muscle. Un des excitateurs est appliqué sur le nerf phré-

nique, au cou; l'autre, vis-à-vis du septième espace intercostal, tantôt à droite, tantôt à gauche. Chaque électrisation avait la durée d'une profonde inspiration. Le courant avait été interrompu et refermé dix fois, lorsque l'on vit la région épigastrique se soulever, d'abord seulement du côté qu'on électrisait, puis toute cette région obéit à la contraction du diaphragme, qui s'accompagnait d'un léger hoquet. On cessa la faradisation, et une faible inspiration eut lieu, bientôt suivie d'une seconde et d'une troisième. A celle-ci succédèrent une coloration subite et passagère de la face et le retour du pouls. Puis la respiration et les contractions du cœur s'affaiblirent de nouveau et menaçaient de se suspendre une seconde fois. On reprit les pressions méthodiques de l'abdomen, qui suffirent alors pour entretenir la respiration. Leur interruption, au bout de dix minutes, fut suivie d'un nouvel affaiblissement des mouvements respiratoires et du pouls. Il fallut y revenir et on les continua, ainsi que les frictions sur les membres, les lotions froides à la face et sur la poitrine, les inspirations du gaz ammoniac, jusqu'à ce que la respiration et le pouls fussent tout à fait revenus à l'état normal, ce qui n'arriva que vingt minutes après le début des symptômes d'asphyxie. La sensibilité, la connaissance se rétablirent en partie au même moment, et l'on put procéder à l'extirpation du kyste, sans que cet accident ait eu d'autre suite.

Obs. III. — Le *Casper's Wochenschrift* ou *Journal hebdomadaire de Casper*, numéro du 7 septembre 1850, contient le fait suivant, qui n'est connu en France que par un mot qu'en a dit M. Giraldès dans une discussion récente de la Société de chirurgie. Cette observation est intitulée : *Cas de mort par le chloroforme*, par le docteur Aschendorf, de Gildehaus (royaume de Hanovre).

« La fille de M. Hilger, de Lennep (Prusse), âgée d'un an, dit l'auteur, était affectée d'une télangiectasie sous-cutanée, occupant en surface tout un côté de la face et une partie du cou, de l'arcade zygomatique à l'os hyoïde, et de la partie antérieure du conduit auditif externe à la fosse canine. L'étendue de cette tumeur sanguine, l'impossibilité de déterminer la profondeur du mal, ne permettaient pas de songer à une extirpation immédiate. J'appliquai donc successivement, afin de réduire le volume de la tumeur, six sétons profonds; ce qui fut pratiqué chaque fois pendant le sommeil anesthésique. On versait six gouttes de chloroforme sur un bourdonnet de charpie placé dans une tasse. L'enfant s'endormait doucement après quelques inhalations, au bout d'une demi-minute

environ, et se réveillait après une demi-heure d'un sommeil calme, sans conserver la moindre trace de ce qui s'était passé.

« La suppuration abondante provoquée par les sétons diminua la tumeur d'environ un tiers, et fit disparaître son effrayante turgescence. Au bout de deux mois et demi, la réduction de la tumeur ne faisant plus de progrès et des hémorrhagies survenant de temps à autre, l'extirpation fut résolue. L'enfant, à qui on avait donné une bonne nourrice, s'était développée et jouissait alors d'une parfaite santé.

« On procéda, pour obtenir l'anesthésie, comme on l'avait fait précédemment, et en employant la même quantité de chloroforme.

« La petite malade resta d'abord insensible malgré l'étendue des incisions. Ce ne fut qu'au bout de dix minutes qu'elle fit entendre quelques gémissements. On lui fit encore respirer trois gouttes de chloroforme, et huit minutes après, l'opération était terminée; mais, au moment où on voulut soulever l'enfant, la tête tomba de côté, il y eut des mouvements convulsifs de la face avec rotation des yeux, dilatation des pupilles; les membres supérieurs, un moment étendus et roides, devinrent presque aussitôt mous et flasques, comme le reste du corps. La vie avait déjà cessé.

« Aucune circonstance antérieure ne pouvait expliquer ce fatal événement. Les sétons étaient supprimés depuis deux jours. L'enfant avait très-bien dormi la nuit précédente, s'était éveillée de bonne heure, et avait bien teté une heure avant l'opération.

« *Quatre artères qui donnaient avaient été liées rapidement; on estima à deux cuillerées la quantité de sang que l'enfant avait perdu.*

« On avait employé le même chloroforme que dans les précédentes inhalations. Quatre jours après, on fit respirer ce même liquide à un homme de quarante-cinq ans, qui devait subir la lithotomie. Il en consomma dix gros en cinq quarts d'heure, et inspira encore deux onces d'éther au moyen de l'appareil Lüer, sans que l'on pût obtenir l'anesthésie. Il faut donc, ajoute l'auteur, que le chloroforme puisse, comme un coup de foudre, paralyser l'action du cœur dans des conditions malheureusement encore mal connues, tandis que d'autres organismes sont, au contraire, tout à fait insensibles à son action. »

Obs. IV. — Je tire cette observation de l'*American Journal of the medical science*, de Philadelphie, numéro de juillet 1857. Elle n'a encore été publiée en France que par extrait; je crois utile de la donner textuellement. Adressée au rédacteur du journal

américain, sous forme de lettre, par le docteur R. Crockett, de Wytheville, elle est présentée comme un cas de *mort par un mélange d'éther et de chloroforme.*

« Je crois de mon devoir, dit l'auteur, de vous communiquer le cas suivant de mort par l'usage de l'éther et du chloroforme.

« Un petit garçon de cinq ans, plein de vivacité, fils de M. Bonham, du comté de Smyth, me fut amené par le docteur Kincannon, pour le débarrasser d'une tumeur graisseuse du dos. Cette tumeur volumineuse croisait les apophyses épineuses de bas en haut et de droite à gauche, commençant vis-à-vis la dernière côte droite, à deux pouces et demi environ de la colonne vertébrale, et se prolongeant de là obliquement vers le côté gauche dans une étendue de sept pouces anglais. Il fallait, pour l'enlever, pratiquer deux incisions semi-elliptiques de neuf pouces de longueur. L'opération fut fixée au 4 avril, à neuf heures et demie.

« Je fis un mélange de quatre parties d'éther rectifié et d'une partie de chloroforme. Ces liquides provenaient d'une source qui en garantissait la pureté. J'étais assisté des docteurs Kincannon et Jos, Crockett, mon fils, et d'un de mes élèves fort intelligent, M. Campbell.

« On versa un gros du mélange anesthésique sur une éponge creusée en forme d'entonnoir. Je le fis respirer moi-même à l'enfant, en observant toutes les précautions recommandées par Erichsen dans son *Operative Surgery*. Dès que l'anesthésie fut produite, je confiai l'éponge au docteur Kincannon, qui avait constamment les doigts sur l'artère radiale, et je procédai à l'opération.

La tumeur fut rapidement disséquée. On ne s'arrêta un moment que pour lier la première artère divisée, qui était volumineuse. Les autres furent comprimées par M. Campbell, à mesure qu'elles étaient coupées; on en fit plus tard la ligature.

La tumeur était entièrement détachée, une sixième ligature venait d'être appliquée à la dernière artère divisée; mon fils épongeait la plaie et cherchait si quelque artère donnait encore, lorsque l'enfant fut pris de vomissements. Je me retournai aussitôt et tâtai le pouls; il ne battait plus. M. Kincannon, à qui j'en fis la remarque, m'assura que le pouls s'était parfaitement soutenu jusqu'à ce moment. Les efforts de vomissement ne firent rejeter qu'une petite quantité de liquide. J'eus recours aussitôt au procédé de Marshall-Hall. Le corps retourné dans la pronation, on pratiqua la respiration artificielle. Je m'assurai, à l'aide du doigt introduit dans la bouche, que la langue n'était pas tombée en arrière et

n'empêchait pas l'entrée de l'air dans le larynx. Pendant qu'on persévérait activement dans les efforts exercés sur le thorax, les membres inférieurs étaient frictionnés avec l'eau ammoniacale. Je n'employai pas l'électro-magnétisme, étant à trois milles de la ville et n'ayant pas mon appareil sous la main.

« L'enfant mourut trois ou quatre minutes après les premiers vomissements. *La quantité de sang qu'il avait perdue peut être évaluée à quatre onces, et n'a certainement pas dépassé six onces.* Au moment où M. Campbell avait ôté les doigts de dessus la dernière artère ouverte, il s'était échappé un petit jet de sang vermeil, ce qui prouve qu'il n'y avait pas alors d'asphyxie. Dans aucun temps de l'opération, l'anesthésie n'avait été accompagnée du moindre *stertor* dans la respiration. Le docteur Kincannon m'affirma que, jusqu'à l'instant où l'enfant avait commencé à vomir, il ne s'était rien manifesté, du côté de la circulation ou de la respiration, qui pût faire concevoir la plus légère inquiétude.

« L'ouverture du corps n'a pu être faite. »

Obs. V. — Je ne cite que pour mémoire, en attendant que les détails en soient mieux connus, le cas suivant, rapporté en quelques mots dans une discussion récente de la Société des sciences médicales de Lyon (Voyez la *Gazette médicale de Lyon*, numéro du 2 juin 1867).

« J'avais à enlever sur un enfant de quatre ans, dit M. Delore, un ostéo-sarcôme pariéto-frontal d'un volume considérable. L'opération fut troublée par une hémorrhagie des plus inquiétantes, qui m'obligea à appliquer une lame de pâte de Canquoin, soutenue par un appareil compresseur. La mort advint quelques minutes après l'opération. Ne doit-elle pas logiquement être attribuée à l'hémorrhagie? » Cette conclusion est sans doute très-logique; mais, pour être sûr que l'éthérisation à laquelle l'enfant a été soumis n'est pour rien dans ce malheureux événement, il serait bon de connaître les phénomènes observés pendant l'anesthésie et jusqu'au moment de la mort. L'observation complète de ce fait sera vraisemblablement publiée plus tard.

Si nous écartons ce dernier fait, il nous reste ici quatre observations d'accidents graves, mortels dans trois cas, produits par l'emploi des anesthésiques chez des enfants d'un à cinq ans.

Cette cause de mort a été, à la vérité, contestée pour deux de ces cas, celui du docteur Crockett (obs. IV) et celui du docteur Aschendorf (obs. III).

« Il n'est pas douteux, dit Snow (*On Chloroform*, etc., p. 370),

que le malade de M. Crockett ne soit mort d'hémorrhagie (et non par l'effet du mélange anesthésique)... Même en admettant qu'il ne se soit pas écoulé plus de six onces de sang, cette perte de sang rapide est bien suffisante pour expliquer la mort chez un enfant de cinq ans. Le vomissement n'est pas un symptôme qu'on observe dans l'anesthésie profonde, et l'absence de tout signe de narcotisme, dans ce cas, confirme l'idée que la mort est due à l'hémorrhagie. »

MM. Maurice Perrin et Ludger-Lallemand citent le fait de M. Crockett, sans le contester, à la page 96 de leur *Traité d'Anesthésie*; mais, à la page 423, ils ajoutent qu'on pourrait se demander « si la mort ne fut pas causée, dans ce cas, par une perte de sang relativement considérable, » et finalement ils ne le font pas figurer dans leur relevé des cas de mort par les anesthésiques (p. 342 à 350).

Ceux qui liront avec attention l'observation de M. Crockett, que j'ai rapportée plus haut dans son entier, trouveront sans doute, comme nous, l'opinion de Snow beaucoup trop absolue. Le sang perdu par l'opéré a bien pu contribuer à la mort en le mettant moins en état de résister à l'agent anesthésique; mais il est difficile de croire que l'enfant eût également succombé si l'on n'avait pas employé cet agent. Le vomissement n'est pas, dans cette circonstance, un phénomène insolite chez les enfants, et l'arrêt subit du pouls, jusque-là normal, me paraît se rapporter beaucoup plus à la mort par les anesthésiques qu'à la mort par hémorrhagie.

C'est encore à l'hémorrhagie que Snow attribue la mort dans le fait du docteur Aschendorf. « Le docteur Aschendorf, dit-il (*ouvr. cité*, p. 205), estime que l'enfant n'a guère perdu que deux cuillerées de sang. Mais comment juger de la quantité de sang absorbée par les éponges dans une semblable opération? La petite fille s'est montrée insensible dans la seconde moitié de l'opération : c'est que sans doute elle était déjà en syncope; car elle ne serait pas restée huit minutes immobile sous le bistouri après une seule inhalation de chloroforme. »

Nous ne pouvons voir, dans ces paroles de Snow, qu'une interprétation bien hasardée, et nous ne croyons pas que personne y trouve des motifs suffisants pour expliquer la mort, dans ce cas, autrement que ne l'a fait l'auteur de l'observation.

Les sujets des observations qui précèdent étaient âgés de moins de six ans. Le relevé de M. Maurice Perrin (*ouv. cité*) contient huit cas de mort survenue chez des enfants de sept à treize ans. M. Pétrequin (*Gaz. hebdomad.*, février 1867) a ajouté à ces faits trois nou-

veaux cas tirés du journal *the Lancet*, pour 1858, de la *Gazette médicale de Paris* de 1860, de la *Gazette médicale de Lyon* de 1865, et observés sur des enfants de huit, onze et treize ans. Enfin M. le docteur Garnier a fait connaître, dans l'*Union médicale* du 23 juillet dernier, une nouvelle mort par le chloroforme administré à un enfant de huit ans, rapportée dans le *British medical Journal*, juillet 1867. Ainsi, l'on connaît aujourd'hui quinze cas de mort par le chloroforme ou l'éther, chez des enfants d'un à treize ans, et dans un seizième, celui de M. Friedberg, le petit malade a échappé à grand'peine au même accident.

Il faut donc, d'après les faits, comme je l'ai fait sentir dans la dernière discussion de la Société de chirurgie sur ce sujet (voy. le *Bulletin* de cette Société, séances des 13 et 27 juin 1866), il faut donc rejeter ce que Samson d'une part (*Medical Times*, 1863, t. II), MM. Perrin et Ludger-Lallemand, d'autre part (*ouvr. cité*), ont imprimé la même année, en 1863, touchant l'*immunité* dont jouirait l'enfance par rapport aux effets mortels du chloroforme. Ces auteurs estimables n'ayant alors connaissance que d'un seul fait, celui de M. Crockett, qui fût relatif à un enfant au-dessous de sept ans, en ont conclu que les anesthésiques étaient beaucoup moins dangereux dans la première enfance qu'aux autres âges. Le fait de M. Hüter, que j'ai communiqué l'année dernière à la Société de chirurgie, et que j'ai reproduit ici, celui de M. Aschendorf, rappelé par M. Giraldès, et que j'ai également relaté plus haut d'après le journal de Casper, sont venus malheureusement démentir cette opinion.

Il serait, à mon avis, peu logique d'arguer du petit nombre des cas mortels appartenant à la première enfance, pour soutenir encore, en dépit de ces faits, que les enfants résistent mieux que les adultes à l'action des anesthésiques. Les cas mortels sont heureusement en très-petit nombre dans tous les âges, et l'on ne peut tirer d'induction sérieuse de quelques différences en plus ou en moins dans le nombre des victimes classées par âges, d'autant plus qu'il est impossible de ramener ces chiffres à leur valeur proportionnelle, dans l'ignorance où l'on est du nombre des individus anesthésiés à chaque époque de la vie.

On ne se méprendra pas, je le suppose, sur les motifs qui me font insister sur la réalité des dangers que l'emploi du chloroforme peut faire courir aux enfants, comme aux adultes. Les considérations que je présente n'ont nullement pour but de détourner les praticiens de l'application du chloroforme à l'enfance ; elles tendent uniquement à établir que, sauf les particularités que j'ai rappelées

en commençant, tout ce qu'on a dit de l'adulte sous ce rapport, il faut le dire de l'enfant; que l'enfance ne jouit d'aucun privilége à cet égard, et qu'en conséquence, une circonspection au moins égale doit constamment diriger les médecins dans l'administration des anesthésiques à l'un et à l'autre âge.

Je n'ai pas distingué jusqu'ici les effets du chloroforme de ceux de l'éther. On sait quelle polémique s'est engagée à ce sujet entre l'école de Lyon, qui préfère l'éther, et l'école de Paris, qui a adopté le chloroforme. Les deux partis semblent aujourd'hui près de s'entendre. On expérimente à Paris un éther semblable à celui qui est employé à Lyon, c'est-à-dire plus pur, plus *rectifié* que celui dont on se servait autrefois, et d'un autre côté, la dernière discussion de la Société des sciences médicales de Lyon a fait voir qu'on y devient moins absolu sur l'extrême différence qu'on prétendait y établir entre les dangers du chloroforme et ceux de l'éther. Le temps, sans aucun doute, tranchera définitivement cette question. A notre point de vue spécial, nous nous bornerons à dire que nous ne voyons pas, pour le moment, de raison de préférer chez les enfants l'éther au chloroforme. Nous appuierons notre manière de voir sur l'opinion même d'un partisan de l'éther, de M. le docteur Desgranges, qui s'exprimait ainsi devant ses collègues de Lyon. « Je ferai aussi, dit M. Desgranges, une réserve pour *les enfants*, à qui le chloroforme peut-être administré *sans autant d'inconvénient* que l'éther, dont les inhalations engendrent chez les jeunes enfants des mucosités laryngo-trachéales qui amènent des suffocations pénibles et parfois inquiétantes. » (*Gazette médicale de Lyon*, du 2 juin 1867.)

Il nous resterait à rechercher ce qui a pu rendre l'anesthésie mortelle dans les cas que nous avons rapportés, à retracer les moyens d'éviter ces déplorables accidents, ainsi que la conduite à tenir, quand ils se manifestent, pour retenir la vie prête à s'échapper ; mais nous avons atteint et peut-être dépassé les limites imposées à cet article, et nos lecteurs trouveront d'ailleurs les renseignements les plus complets sur ces divers points dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* et dans le *Traité d'Anesthésie* de MM. Maurice Perrin et Ludger-Lallemand, résumé avec talent par M. Maurice Perrin à l'article ANESTHÉSIE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Vin de quinquina selon le nouveau Codex.

Les médecins prescrivent souvent à leurs malades l'usage du vin de quinquina ; souvent aussi ils engagent ceux qui ne sont pas fortunés à le préparer eux-mêmes.

Pour cette cause, nous croyons devoir les informer que le nouveau Codex prescrit d'employer le quinquina Calisaya, au lieu de quinquina gris, comme le voulait notre ancien formulaire ; la dose est la suivante :

Quinquina jaune concassé..................	30	grammes.
Alcool à 60 degrés........................	60	—

Laissez en contact vingt-quatre heures, ajoutez vin rouge, 1,000 grammes.

Faites macérer dix jours, agitez de temps en temps, passez avec expression, filtrez.

On remplace avantageusement le vin rouge par du vin blanc.

La saveur du quinquina Calisaya est moins amère et moins astringente que celle du quinquina gris.

Un mot sur le collodion officinal.

Le nouveau Codex a inscrit le collodion. Cette préparation étant très-souvent demandée, il est urgent que les médecins en connaissent la composition :

Fulmi-coton...............................	7	grammes.
Ether à 0,720.............................	64	—
Alcool à 90 degrés........................	22	—
Huile de ricin............................	7	—

Faites dissoudre le fulmi-coton dans le mélange d'éther et d'alcool, ajoutez ensuite l'huile de ricin.

30 grammes de collodion officinal contiennent 2^{gr},36 d'huile de ricin.

Il n'est donc plus utile que le médecin qui prescrit ce médicament note qu'il soit riciné ; car alors il s'expose à ce qu'on ajoute une autre quantité d'huile de ricin, ce qui diminuerait l'action du collodion.

Nous pensons qu'il serait également convenable que les fabri-

cants de produits chimiques auxquels les maisons de santé et les hôpitaux demandent ce médicament l'expédiassent tout préparé selon la formule du Codex. On éviterait ainsi une infinité de récriminations. STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'infection purulente consécutive à l'accouchement. Nouveau cas de guérison.

TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE,

Certains sujets ne peuvent présenter à la surface de leur corps la plus insignifiante des solutions de continuité, sans que cette plaie ne suppure pendant un temps assez long. Il existe chez ceux-ci une disposition à faire du pus, un état général particulier qui se rattache à une sorte de diathèse purulente. Cette idiosyncrasie peut apparaître aussi chez des individus habituellement en dehors de cette influence diathésique, mais alors tout à fait exceptionnellement, dans certains cas liés à un état morbide ou physiologique, purement accidentels. Ainsi, à la suite d'une affection typhoïde, dans la convalescence des fièvres éruptives, la crase du sang se modifie, et cette diathèse momentanée se révèle par l'apparition d'abcès sous-cutanés, sous-muqueux, et quelquefois même parenchymateux.

De même, les perturbations physiologiques qui s'opèrent dans toute l'économie de la femme, et qui constituent l'état puerpéral, entraînent avec elles cette funeste disposition à la purulence. Il suffit, en effet, d'avoir été quelquefois en présence des maladies enfantées par la puerpéralité pour savoir avec quelle rapidité fatale s'engendre le pus. La métrite, l'arthrite, la pleurésie, la péritonite, la phlébite utérine, la plaie placentaire, etc., tendent toutes à la suppuration en vertu de cette diathèse purulente primitive qui les régit. Ce n'est pas tout : une fois passées à l'état de suppuration, ces deux dernières affections, surtout phlébite utérine et plaie placentaire, peuvent elles-mêmes, par l'absorption directe du pus qui passe dans le torrent circulatoire, devenir l'occasion d'une diathèse purulente secondaire, en tout semblable à l'infection purulente des amputés.

Chez la nouvelle accouchée comme chez l'opéré, l'intoxication purulente qui se fait secrètement dans les profondeurs de l'orga-

nisme se révèle par l'apparition de frissons effrayants et *multiples* qui, d'après les belles recherches de MM. de Castelnau et Ducrest, se reproduisent toutes les fois qu'une nouvelle quantité de pus est déversée dans le liquide sanguin. La face est grippée, la peau revêt une teinte ictérique très-pâle, le pouls est fréquent, ordinairement petit.

A ces symptômes succèdent une chaleur vive, des sueurs plus ou moins profuses, de la diarrhée, des vomissements, évacuations critiques, qui témoignent des efforts que fait la nature pour éliminer par toutes ses voies cet agent toxique. De nouveaux frissons apparaissent les jours suivants; les symptômes énumérés acquièrent une intensité plus grande, et lorsque les collections purulentes se forment, si les douleurs sont peu prononcées quand les viscères en sont le siége, en revanche elles sont très-fortes dès que le tissu cellulaire, les séreuses, et surtout les synoviales articulaires sont affectées.

L'intelligence est intacte le plus souvent, l'optimisme de la malade offre un tableau lugubre, et si parfois il existe des troubles cérébraux, ils ne vont jamais jusqu'au délire violent. Enfin la langue devient grisâtre, sèche, brune, fuligineuse; le pouls est filiforme, la respiration s'embarrasse, et la mort arrive après un temps qui varie entre quatre et douze jours à partir de l'apparition du premier frisson. De même que chez les sujets qui ont eu des affections chirurgicales, à l'autopsie on trouve chez les accouchées en un point de l'organisme une porte d'entrée à l'infection purulente.

On comprend qu'une semblable affection soit presque toujours mortelle : en effet, une grande quantité de pus portée dans toutes les parties de l'organisme altère simultanément toutes les grandes fonctions à un point tel, que bientôt la vie n'est plus possible. Cependant la terminaison de cette maladie n'est pas fatalement mortelle, ainsi qu'on incline généralement à le croire. Théoriquement, il ne répugne pas d'admettre : que si la quantité de pus introduite dans l'économie n'est pas suffisante pour infecter tout le liquide sanguin; si par une cause quelconque le pus cesse de venir empoisonner le sang à un moment où les malades ont encore en puissance assez de résistance vitale pour éliminer la partie infectante, la guérison est possible. La pratique vient à l'appui de ces idées : il existe dans les annales de la science médicale quelques cas de guérison publiés par des médecins, et principalement par ceux qui se sont voués à l'exercice de la chirurgie. Ces faits cliniques sont toutefois assez rares pour que nous ayons cru de notre devoir de don-

ner la publicité à l'observation suivante, dont la seule prétention est de rendre plus circonspecte la grande majorité des médecins qui, dans semblable circonstance, se hâtent trop de porter invariablement un pronostic de mort.

Obs. En septembre 1866, je fus appelé en consultation dans une petite ville voisine du bourg que j'habite, pour visiter une jeune dame en couches. Douze heures après l'accouchement, qui avait été naturel, très-laborieux toutefois à cause de la rareté des eaux fournies par l'amnios, Mme M*** fut tout à coup prise d'un frisson violent : ses dents claquaient, ses membres étaient agités d'un tremblement très-fort. Pelotonnée sur elle-même, la figure décomposée, elle demandait à grands cris d'être enfouie sous de nombreuses couvertures. Au bout de quelques heures, tout rentrait dans l'ordre, la réaction s'accomplissait. Mais le lendemain, dans la nuit, le même frisson étrange vint saisir la malade, et la secouer avec force pendant plusieurs heures. Comme après le premier frisson, il y avait des sueurs abondantes, quelques vomissements, une constipation opiniâtre au lieu de la diarrhée habituelle.

Sept ou huit heures après, il y eut encore apparition d'un frisson beaucoup moins violent que les précédents, quoique la durée fût encore assez longue ; puis le lendemain, quatrième jour de la maladie, il n'y eut que quelques frissons rapides et irréguliers. Lorsque j'arrivai près de Mme M*** deux jours après, et, par conséquent, le sixième jour de la maladie, elle n'accusait qu'une extrême faiblesse, et une légère douleur à l'hypogastre. Cette douleur n'avait pas été plus forte antérieurement, et il n'y avait jamais eu la moindre tension abdominale. Deux médecins visitaient la malade; une fièvre puerpérale avait été diagnostiquée, on avait appliqué des sangsues sur l'hypogastre, les soins généraux, le mercure *intus* et *extrà* avaient été employés concurremment. La forme, la nature du frisson, mais par-dessus tout sa *multiplicité* qui ne se rencontre que dans l'infection purulente, ne me laissèrent pas longtemps dans le doute sur la nature de l'affection à laquelle avait vaillamment résisté Mme M***. Mais si j'avais dû avoir la moindre hésitation, elle se serait bientôt évanouie en apprenant de la malade que, depuis la veille, elle éprouvait au poignet une douleur qui allait toujours grandissant. J'ai dû me fouler la main, disait-elle, dans mes évolutions convulsives, ou en me redressant pour aller à la garde-robe. Quoiqu'il n'y eût encore ni tuméfaction, ni changement de couleur à la peau dans la région qui était le siége de la douleur, j'annonçai à mes honorables confrères la formation

d'un abcès métastatique. Huit jours après, on me faisait savoir qu'un coup de bistouri avait donné issue à une assez grande quantité de pus. Sous l'influence des toniques analeptiques et d'un régime éminemment réparateur, trois mois après l'invasion de la maladie l'état général de la malade ne laissait plus rien à désirer. Il n'en a pas été malheureusement de même pour l'articulation radio-carpienne, qui a été frappée d'une ankylose jugée incurable par M. Bouisson, l'éminent chirurgien de Montpellier.

Chez cette jeune femme, la guérison est arrivée par suite d'un arrêt dans le passage du pus dans le sang, soit par un changement de rapport dans les parties affectées, soit par la formation d'une phlébite oblitérante au delà du point suppurant. Comme l'infection a été arrêtée au moment où elle avait encore assez de force pour résister aux premiers effets morbides, elle est sortie victorieuse de la lutte. Il est impossible assurément de trouver un cas d'infection purulente où les symptômes soient plus nettement accusés que dans ce fait clinique ; et cependant deux praticiens recommandables avaient qualifié cette maladie de fièvre puerpérale. A quoi cela tient-il, sinon à la confusion qui règne encore dans les auteurs classiques au sujet de ce qu'on doit entendre par fièvre puerpérale? Il serait temps que le cadre nosologique s'élargît, que des distinctions cliniques fussent tracées, et qu'on ne réunît plus sous la dénomination générique de fièvre puerpérale un grand nombre d'états morbides différents. Le nom de fièvre puerpérale devrait être réservé à cet empoisonnement miasmatique qui produit le typhus puerpéral épidémique ; mais vouloir que les accidents puerpéraux tels que : métrite, péritonite, phlébite, angioleucite, infection purulente, ne soient que le résultat de la fièvre puerpérale, ce serait tomber dans une erreur étrange et fâcheuse, surtout au point de vue de la thérapeutique de l'infection purulente. En effet le traitement de la fièvre puerpérale et des autres accidents puerpéraux que nous venons de nommer n'a pas à se préoccuper des indications qui sont fournies par l'infection purulente dès l'apparition du premier frisson révélateur. Tous les efforts du clinicien doivent alors converger vers le but si merveilleusement atteint par la nature médicatrice seule dans l'observation que nous venons de décrire. Voici la route qui nous est tracée :

1° Expulser par les voies naturelles d'élimination la quantité de pus absorbée ; 2° soutenir les forces vitales défaillantes pendant la lutte qui se fait profondément au sein de l'organisme ; 3° empêcher l'introduction d'une nouvelle quantité de pus dans le torrent circu-

latoire. Pour satisfaire aux deux premières indications, la thérapeutique possède des évacuants et des toniques sur l'action desquels on est depuis longtemps fixé ; elle est presque désarmée pour parer à l'accident le plus redoutable, pour opposer une barrière au passage du pus dans le sang. Hâtons-nous cependant de rendre justice aux tentatives faites dans ce sens, et qui ont pour elles la logique en attendant d'être justifiées par l'expérience.

« Dans les cas de phlébite en général, Breschet a conseillé la compression méthodique sur le trajet d'une veine enflammée, pour mettre une barrière au passage du pus dans le sang. Aujourd'hui où les travaux de Aran et des accoucheurs nous ont démontré l'action thérapeutique du seigle ergoté sur les hémorrhagies capillaires en général et les hémorrhagies utérines en particulier, ne serions-nous pas autorisés, dit l'illustre et regretté Trousseau (1), à conseiller l'administration du seigle ergoté dans les limites de la prudence ? Si l'ergot a une action antihémorrhagique, par cela même qu'il détermine et maintient la contraction des fibres musculaires des vaisseaux, pourquoi ne pas mettre à profit cette action contractile pour arrêter la progression du pus dans les capillaires, et pour arrêter son passage dans les sinus utérins ? »

Cette médication est très-rationnelle, et je n'hésiterais pas à en faire l'emploi dans un cas semblable, sans y ajouter cependant une confiance exclusive, et je n'aurais garde d'oublier de faire usage concurremment du sulfite de magnésie, à qui le professeur Polli le premier a reconnu le pouvoir de neutraliser l'action toxique du pus. Les lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* n'ont pas oublié le remarquable travail du docteur Constantin Paul sur l'action physiologique et thérapeutique des sulfites et des hyposulfites, publié dans les numéros des 30 août, 15 et 30 septembre 1865.

Nous ne rappelons ici que les expériences qui ont été instituées en vue de combattre l'infection purulente. Quatre médecins seulement ont publié des observations relatives à l'emploi des sulfites dans cette affection.

Le docteur Ferrini rapporte un cas de guérison obtenu par l'usage du sulfite de magnésie, et le docteur Lumbroso, à l'aide du même médicament, a enregistré trois succès. Vignole a eu à se louer aussi de s'en être servi. Quant à Rudolfo Rudolfi de Brescia, il n'a pas été aussi heureux en pareil cas, mais il a remarqué toutefois

(1) *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 649.

que le sulfite de magnésie, s'il n'enrayait pas complétement la maladie, en faisait disparaître assez facilement le frisson.

A côté des terminaisons heureuses, il y a eu certainement et il y aura malheureusement encore beaucoup de revers ; mais dans une affection aussi grave, et contre laquelle l'arsenal thérapeutique est si pauvre en défenses, on doit accueillir avec empressement tout auxiliaire nouveau, quand il se présente surtout avec une petite escorte de succès. C'est en pareille occurrence ou jamais que le clinicien doit retrouver dans son esprit pour en faire l'application le précepte hippocratique : *Remedium melius anceps quam nullum.*

Dr Cantel.

Les Mées (Basses-Alpes), le 6 juillet 1867.

BIBLIOGRAPHIE.

La Goutte, sa nature, son traitement, et le Rhumatisme goutteux, par Alfred Barring Garrod, membre de la Société royale de Londres, membre du Collége royal des médecins, médecin de l'hôpital de King's-College, professeur de matière médicale et de thérapeutique à King's-College, ouvrage traduit de l'anglais par Auguste Ollivier, chef de clinique et sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, et annoté par J.-M. Charcot, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, chevalier de la Légion d'honneur; accompagné de 26 figures et de 8 planches.

Dans l'état des esprits, et en face des tendances vers les spéculations de la science pure qui se manifestent de plus en plus accentuées dans les régions du haut enseignement, lorsqu'une monographie nous tombe sous la main , une chose nous préoccupe tout d'abord, c'est de savoir si l'auteur y obéit exclusivement à ces tendances, ou s'il y résiste en une certaine mesure, pour y laisser quelque marge tout au moins aux enseignements pratiques toujours plus sûrs d'une clinique attentive, alors même qu'elle ne dépasse pas les limites du pur empirisme. Le nom du savant annotateur de la traduction de l'ouvrage dont il s'agit en ce moment nous rassurait bien un peu tout d'abord à cet égard ; mais, craignant, nous aussi, que le médecin anglais ne se fût engagé trop avant dans une direction où l'art est loin de trouver, ne trouvera même probablement jamais satisfaction à ses plus légitimes exigences, nous avons été heureux de voir M. Charcot, dans une courte préface, s'expliquer catégoriquement sur ce point, et protester ainsi d'une manière non tout à fait inopportune contre une tendance dangereuse dont

M. Barring Garrod avait été plus d'une fois accusé parmi nous, parmi ses compatriotes même. « Ce qui distingue tout particulièrement à nos yeux *cet ouvrage*, répond à cette prévention le médecin de la Salpêtrière, c'est que l'auteur a su presque toujours y concilier avec bonheur les données de la recherche scientifique avec celles que fournit l'observation clinique proprement dite. Aussi l'accusation de chimiatrie, plusieurs fois formulée à propos de ce livre, nous a-t-elle toujours paru profondément injuste. Il suffira de parcourir les chapitres relatifs à l'étiologie et au traitement de la goutte pour reconnaître que M. Garrod sait s'arrêter à temps sur la pente des déductions, et s'en tenir, quand il le faut, à la constatation empirique des faits. »

Ainsi réglée cette difficulté préjudicielle, à laquelle, qu'on se le persuade bien, les praticiens, c'est-à-dire presque tous les médecins, font la plus grande attention, et après avoir remercié M. Auguste Ollivier d'avoir traduit en fort bon français l'importante monographie du médecin anglais, nous allons indiquer d'un trait rapide ce qu'on trouve d'essentiel dans ce livre, et ce qu'ajoutent à la valeur de ces données principales, soit qu'elles les confirment, soit qu'elles les rectifient, les précieuses annotations dont a enrichi la traduction de notre laborieux confrère M. Auguste Ollivier, son maître et son ami, M. le docteur Charcot.

Remarquons tout d'abord que M. Barring Garrod regarde comme une hérésie clinique désormais insoutenable, au point de vue de l'anatomie pathologique la plus profondément scrutatrice et de l'observation vivante, l'assimilation de la goutte et du rhumatisme. L'identité de ces deux maladies est encore, à l'heure qu'il est, hautement professée par quelques intelligences d'élite ; cependant nous croyons, comme nous l'avons toujours professé dans les limites de notre humble enseignement, que continuer désormais à affirmer cette idée doctrinale, c'est se livrer et livrer l'art lui-même aux illusions d'une synthèse qui ne laisse entrevoir aucune application possible. Mais, si cette identité est une chimère, ce qui est une réalité positive et qui mérite l'attention du praticien, c'est que, dans un certain nombre de cas, ce n'est point chose simple que de distinguer diverses formes du rhumatisme articulaire chronique d'emblée de la goutte proprement dite. Grâce à l'étude minutieuse qu'il a faite de la symptomatologie de la goutte, en en poursuivant la manifestation jusque dans ses *signatures*, si nous pouvons ainsi dire, en apparence les plus fugitives, comme dans les altérations humorales les plus caractéristiques, le médecin anglais a su faire

la lumière dans une question qu'une analyse insuffisante avait jusque-là fort embrouillée. M. Charcot lui-même, s'autorisant d'études antérieures qui lui sont personnelles, a contribué pour une bonne part à l'élucidation complète de cette question. Munie de telles données, la science nous semble désormais faite sur ce point important de pratique, et la prétendue fusion de deux éléments morbides essentiellement distincts n'est plus qu'une vue spécieuse qui ne peut abuser personne.

En parlant tout d'abord de ce qui a trait à ce problème essentiellement pratique dans l'intéressante publication de M. Garrod, nous avons interverti l'ordre des matières, car ce n'est qu'à la fin du livre que la distinction dont nous venons de parler est nettement établie. Dans l'ordre d'un enseignement didactique rigoureux, il fallait sans doute qu'il en fût ainsi; mais la critique n'a pas le même office : elle atteint son but quand elle met bien en relief l'esprit d'un auteur, et indique de suite, parmi les solutions auxquelles il est arrivé, celles qui importent le plus à l'étude du sujet qu'il se propose d'éclairer.

Ainsi, il est bien entendu que, pour le médecin de l'hôpital de *King's-College* comme pour le médecin de la Salpêtrière, la goutte est une entité nettement déterminée, et qui se sépare formellement du rhumatisme, sous quelque forme qu'il apparaisse, et dans son étiologie, et dans sa symptomatologie, et dans son anatomie pathologique, comme dans sa nature. Qu'est-ce donc que la goutte, au sens pathogénique, dans le sens de M. le docteur Garrod? La réponse de notre savant confrère sur ce point est nette et précise: la cause essentielle de cette maladie, c'est la présence dans le sang d'un excès d'acide urique sous la forme d'urate de soude. Les grandes manifestations morbides de la goutte peuvent manquer dans quelques cas, assez rares du reste, où l'analyse constate cette altération du liquide sanguin; mais toutes les fois que ces manifestations se produisent, en dehors même des paroxysmes de la maladie en simple incubation, cette proportion exagérée du sel alcalin est une loi qui ne subit pas d'exception. Il en est de même des manifestations goutteuses qui se remarquent dans les articulations atteintes : constamment le microscope démontre, d'une manière irréfragable, qu'au milieu de matières amorphes, il est toujours possible de constater la présence de cristaux d'urate de soude; et ces dépôts, dans la pensée de l'auteur, ne doivent pas être considérés comme l'effet, mais bien comme la cause de l'inflammation goutteuse. Dans ce travail local, l'organisme tend à se débarrasser

d'un excès d'acide urique qui encombre momentanément la masse sanguine. Il faut lire dans l'ouvrage de l'auteur lui-même les patientes et laborieuses recherches auxquelles il s'est livré, depuis longues années, pour établir les points fondamentaux de cette doctrine hématologique de la goutte ; il faut également le suivre, avec l'attention que commande l'importance du problème, dans la dialectique quelquefois vigoureuse, toujours spécieuse tout au moins, à laquelle il se livre pour expliquer dans le sens de sa conception pathogénique les faits nombreux, qui paraissent tout d'abord mal se concilier avec cette très-explicite conception.

Nous recommandons vivement à l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* toute cette discussion, un peu lourdement conduite, mais sérieuse, solide, comme on dit au delà du détroit. Le long chapitre consacré au traitement de la maladie dont traite M. Garrod ne mérite pas moins de fixer au plus haut degré l'attention des médecins de notre pays. A l'heure qu'il est, je ne sais s'il en est beaucoup parmi nous dont l'esprit, à force d'avoir flotté à tout vent de doctrine sur cette maladie, se soit arrêté à quelque principe bien fixe sur le traitement qu'il convient de lui opposer. Heberden a fait quelque part la remarque suivante sur la poudre de Portland, qui, à une certaine époque, a joui d'une immense célébrité en Angleterre. « Si la poudre de Portland, dit-il, est tombée en discrédit, ce n'est pas parce qu'elle agissait trop peu, mais plutôt parce qu'elle agissait trop : on avait alors et l'on a encore aujourd'hui plus peur de guérir de la goutte que d'en souffrir. Le monde semble disposé à se soumettre à ce tyran, dans la crainte d'en rencontrer un pire. » Nous ne sommes pas bien sûr que cette crainte des gens du monde, plusieurs d'entre nous ne la partagent pas. A ces timides, nous conseillons surtout la lecture du livre du savant médecin anglais dont il est ici question. Ils n'y trouveront pas cette thérapeutique à outrance sur la pente de laquelle plusieurs de ses compatriotes se sont laissé entraîner, mais ils y trouveront des motifs suffisants pour suivre, dans le traitement de cette douloureuse maladie, si féconde d'ailleurs en infirmités qui ôtent tout son charme à la vie, si charme il y a, les errements d'une sage et prudente méthode qui ne se pique pas toujours de s'entendre rigoureusement avec la théorie, mais qui fait mieux, guérit quelquefois, et n'entraîne jamais de conséquences funestes.

Merci donc, en finissant, à notre laborieux confrère M. Aug. Ollivier d'avoir mis à la portée de tous, parmi nous, la lecture

d'un ouvrage marqué d'un cachet aussi éminemment pratique que le livre de M. Garrod; merci surtout à M. Charcot d'avoir ajouté l'autorité de sa science à celle du médecin anglais, en enrichissant le livre de notes précieuses, qui mesurent d'une main moins avare la part à laquelle a droit la médecine française dans le progrès accompli sur un point important de pratique.

BULLETIN DES HOPITAUX.

TRACHÉOTOMIE HEUREUSE CHEZ UN ENFANT DE SEIZE MOIS. — La trachéotomie, cette belle conquête de la médecine contemporaine, a eu de la peine à faire son chemin, et il n'y a pas longtemps encore qu'il était donné comme règle de ne pas opérer les enfants atteints de croup au-dessous de l'âge de deux ans, ou tout au moins de vingt mois. Comme la mortalité était la règle au-dessous de cet âge, on ne voulait pas gâter la statistique. Cependant, il existe dans la science quelques exemples de succès obtenus par la trachéotomie au-dessous de vingt mois, et, comme l'âge n'est pas pour nous une contre-indication absolue, comme nous l'avons déjà établi ailleurs [1], nous avons cru intéressant de rapporter l'observation suivante, communiquée par M. Millard à la Société médicale des hôpitaux :

Le 4 avril, je fus appelé pour voir un enfant atteint de croup depuis deux jours.

Cet enfant, âgé de seize mois, avait été sevré à l'âge de trois mois, et il était resté faible, peu développé ; il n'avait encore que six dents.

Le premier médecin qui fut appelé pour le soigner, le 2 avril, reconnut le croup, et prescrivit une dose considérable d'émétique.

Le lendemain un autre médecin, mieux au courant de nos méthodes, se borna à prescrire l'ipécacuanha et quelques toniques. Voyant, le 4, que les choses restaient dans le même état, et sachant que la trachéotomie est d'autant plus efficace qu'on la pratique plus tôt, il vint me chercher dans la soirée.

Je trouvai l'enfant plus calme ; dans le fond de la gorge on ne

---

[1] *Du Traitement du croup*, par Fisher et Bricheteau, internes à l'hôpital des Enfants (1861).

voyait pas de fausse membrane, et je remis au lendemain l'opération.

Le lendemain, 5 avril, la suffocation était imminente. L'oppression avait repris vers deux heures du matin, la respiration était abdominale, le sifflement laryngé très-marqué.

A onze heures, avec l'aide du médecin ordinaire et de mon interne, je pratiquai la trachéotomie par le procédé dit de M. Chassaignac. A peine s'écoula-t-il une demi-cuillerée de sang. L'ouverture avait à peu près un centimètre. Le même soir, l'enfant était très-agité, sa figure était grimaçante, je trouvai des râles extrêmement fins à la base du poumon droit, et, craignant une pneumonie, je prescrivis le musc à la dose de 5 centigrammes dans une potion gommeuse, selon la méthode de mon maître Legroux. Dès lors l'enfant alla très-bien, il s'endormit à la seconde cuillerée, les signes stéthoscopiques inquiétants disparurent, et dès le quatrième jour, je fis une première tentative pour retirer la canule. Cette fois, je dus la remettre; mais dès le lendemain, 9 avril, l'enfant put rester sans canule. Le 18, la cicatrisation était complète.

J'ai revu l'enfant il y a quelques jours : il va très-bien.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Empoisonnement par la strychnine. Guérison. Voici un nouveau cas d'empoisonnement par la strychnine, dont la guérison est due probablement à ce que les secours de la médecine ont été administrés à temps. Un homme, qui avait de nombreux chagrins, cherche à s'empoisonner; il est surpris par sa femme au moment où il avalait un verre de liqueur brune; immédiatement on envoie chercher le docteur Folker. Le malade refuse d'abord de dire ce qu'il a pris, et comme il n'y avait pas encore le moindre symptôme, le docteur était assez embarrassé; enfin le malade avoua qu'il avait pris de la poudre contre la vermine. Notre confrère lui donna immédiatement de la teinture de belladone, le seul médicament qu'il eût sous la main, et courut chez le pharmacien chercher du chloroforme; là, il apprit que le paquet de poudre absorbé contenait trois grains de strychnine.

Ce ne fut qu'une heure après l'ingestion du poison que le patient fut pris d'une convulsion de quelque intensité. Dix minutes après en apparut une autre, beaucoup plus forte que la première, et, dès lors, les convulsions se répétèrent toutes les deux minutes; leur durée était d'une demi-minute. Le malade poussait les hauts cris, suppliait qu'on ne le touchât pas, et le moindre contact provoquait les spasmes. Dans l'intervalle, le visage était calme et l'intelligence intacte.

Le chloroforme commença à lui être administré à deux heures de l'après-midi, et on le maintint sous son influence tout d'abord pendant une demi-heure. A peine était-il cessé depuis cinq minutes, que survint une convulsion tétanique qui dura une minute et le laissa froid, sans pouls et presque mourant. Quand le pouls fut un peu relevé, on reprit le chloroforme et on le lui continua pendant

plusieurs heures; en même temps on lui faisait prendre 10 gouttes de teinture d'aconit toutes les deux heures. Vers cinq et six heures, les spasmes étaient moins forts et le chloroforme fut cessé. Alors les convulsions ne revinrent plus qu'irrégulièrement, tantôt au bout d'une demi-heure, tantôt au bout de deux minutes. Le patient se plaignait d'une soif très-vive et demandait qu'on lui versât de l'eau dans la bouche, mais le moindre effort de déglutition provoquait immédiatement le spasme.

A huit heures du soir, survint une attaque des plus violentes, qui força de le soumettre aux inhalations du chloroforme pendant une demi-heure; depuis ce moment il survint une grande amélioration, et la dernière convulsion eut lieu cinquante minutes après minuit. Il y avait douze heures que le poison avait été avalé. Le malade put prendre du bouillon et un peu d'eau-de-vie.

Le matin, le malade était bien, il ne ressentait plus que des soubresauts dans la jambe gauche. Il resta faible deux ou trois jours, mais le quatrième jour il avait repris ses occupations.

De cette observation découlent les conclusions suivantes: trois grains de strychnine n'ont pas amené une mort prompte.

Le premier accès convulsif survint une heure après l'ingestion du poison.

Les convulsions ne durèrent en tout que douze heures.

Le visage est resté calme et il n'y eut pas le rire sardonique du tétanos classique.

Le moindre attouchement et le moindre effort de déglutition provoquaient les spasmes absolument comme dans l'hydrophobie.

Le chloroforme et la teinture d'aconit furent seuls employés dans ce cas. (*Lancet.*)

Traitement des affections cutanées par la teinture d'iode. La plupart des maladies cutanées non parasitaires étant des manifestations d'une maladie constitutionnelle, c'est surtout à celle-ci que la thérapeutique doit s'adresser. Le traitement local ne joue en pareil cas qu'un rôle secondaire; cependant la peau peut acquérir une habitude pathologique qui crée à la longue une lésion propre, à laquelle il importe d'opposer des topiques modificateurs. Parmi ces derniers, et la liste en est longue, la teinture d'iode a, depuis quelques années, appelé l'attention des dermatologistes, et c'est d'elle que nous voulons parler à propos d'un article que M. Lentz, médecin adjoint à l'hôpital militaire d'Anvers, a publié dans les *Archives médicales belges*.

M. Lentz n'ignore point sans doute l'usage qu'on a fait, en Europe et en Amérique, de la teinture d'iode dans le traitement des affections tégumentaires, mais il écrit exactement comme si cette préparation était tombée du ciel en Belgique et n'avait jamais été expérimentée que par M. le médecin principal Decaisne.

« Le moyen que nous préconisons, dit-il, et dont nous allons en quelques mots donner les indications ainsi que le mode d'application, est la *teinture d'iode*.

« M. le médecin principal Decaisne a fait un emploi persévérant de cet agent médicamenteux dans le traitement des affections cutanées: pendant toute une année il en a suivi les effets à l'hôpital militaire d'Anvers, et ce n'est que le résultat de ces observations pratiques que nous allons publier ici. »

L'auteur entre alors dans les détails relatifs au badigeonnage iodique. Ce badigeonnage, fait à l'aide d'un pinceau, est répété tous les jours; après quelques applications du topique, on prescrit un bain simple pour faire tomber les pellicules épidermiques. Si, par suite d'une sensibilité particulière de l'enveloppe cutanée, la teinture d'iode provoque une irritation un peu vive, on fait suivre son application de celle d'un cataplasme émollient ou de lotions émollientes destinés à en mitiger l'action. On n'en suspend l'emploi pendant quelques jours que dans le cas où l'irritation a été portée à un degré trop élevé.

C'est principalement dans l'*eczéma chronique simple*, l'*eczéma impétigineux*, l'*ecthyma* et le *prurigo* (surtout quand ces deux dernières affections sont localisées sur certains points du corps), dans l'*impétigo* et la *mentagre* que M. Decaisne et M. Lentz ont pu constater l'efficacité que possède cet agent thérapeutique.

L'auteur fait, du reste, une remarque très-judicieuse, non moins conforme aux doctrines professées par M. Bazin qu'à l'observation clinique, c'est que l'efficacité de la teinture d'iode appliquée localement semble d'autant plus grande que la lésion cutanée se rattache davantage à la con-

stitution strumeuse. Peut-être n'est-ce pas autrement que la teinture d'iode guérit l'engelure. Pourtant, nous devons reconnaître qu'entre les mains de M. Boinet, la teinture d'iode a donné de bons résultats dans plusieurs affections cutanées indépendantes de la scrofule, telles que certains *eczémas* rebelles au traitement antilymphatique et même aux préparations iodurées administrées à l'intérieur; telles encore que des furoncles, des boutons, des érythèmes, des érysipèles, des angioleucites. M. Gourier, de Niort, a guéri de même des *éphélides;* M. Edvards, des *nævi materni;* M. Sporer, de Saint-Pétersbourg, des *phlébites superficielles*, etc. Quel que soit le mode d'action de la teinture d'iode sur ces divers états morbides, que cette action soit simplement substitutive, astringente ou caustique, il est certain que la teinture d'iode peut modifier parfois avec avantage des altérations de la peau autres que des scrofulides. (*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Stomatite mercurielle déterminée par des frictions avec l'onguent citrin. La disposition de quelques personnes à la salivation est si grande, que la plus petite quantité de mercure peut la produire; aussi ne saurait-on apporter trop de précautions dans l'emploi des mercuriaux : c'est pourquoi nous rapportons le fait suivant, qui montre que le mercure doit être banni de la thérapeutique de la gale.

Un homme et sa femme contractent simultanément la gale, et vont consulter le docteur Cabarret, qui leur prescrit des frictions avec la pommade sulfuro-alcaline d'Helmerich. Le mari se guérit très-promptement, mais la dame ne se soucia pas de cette médication et suivit le conseil d'un pharmacien qui l'engagea à se servir de l'onguent citrin. Friction tous les jours avec 8 grammes. Dès après la seconde friction, léger gonflement des gencives et goût métallique dans la bouche. Une troisième friction fut cependant faite; mais, le soir même, gonflement de la langue et des gencives. Il se déclara, les jours suivants, un écoulement de salive visqueuse et fétide tellement abondant, qu'on put en recueillir 150 grammes en vingt-quatre heures. Des ulcérations se montrèrent à la langue, sur les gencives, et la malade fut dans un état très-grave, qui ne céda qu'au bout de douze jours à un traitement énergique : cautérisation à l'acide hydrochlorique, sangsues, gargarismes, etc.

La longueur de la maladie ne tient-elle pas à ce que, dans ce cas, on n'a pas fait usage du chlorate de potasse? (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales.*)

De l'avantage des bains tièdes dans le traitement de la suette. Il résulte d'un travail important que vient de publier M. Bastard que l'emploi du sulfate de quinine dans la suette, traitement jusqu'alors préconisé, que ce médicament ne réussit pas toujours, et que souvent même il produit des accidents très-graves et très-redoutables pour les malades, se traduisant par des troubles nerveux. M. Bastard a rapporté plusieurs observations très-probantes à ce point de vue; il s'est bien trouvé dans ces cas de cesser le sulfate de quinine, et il se loue beaucoup de l'emploi répété des bains tièdes prolongés pendant deux heures, et en même temps il insiste sur l'alimentation.

Deux indications fondamentales, dit notre confrère, sont à remplir dans cette maladie : il faut apaiser les troubles nerveux généraux, et soutenir les forces de l'organisme attaqué.

Ces indications, certaines, incontestables, se rattachant, d'ailleurs, étroitement l'une à l'autre, ne peuvent jamais se contredire : car, soutenir les forces, c'est prévenir les troubles nerveux, c'est ménager la résistance vitale. — La formule du traitement de la suette se résume donc, pour nous, dans ces deux mots : *sédation* et *alimentation*.

Par alimentation, nous entendons l'usage du bouillon gras, régulièrement donné au malade, avec un peu de vin pur ou d'eau rougie, malgré la fièvre, malgré l'excitation générale, malgré même l'inappétence, phénomène beaucoup plus rare qu'on ne pense; car, dans les premiers jours surtout, la plupart des malades demandent de la nourriture. Une seule chose peut faire retarder, d'un jour ou deux au plus, l'administration du bouillon : c'est un état bilieux ou saburral des premières voies, qu'on observe rarement, du reste; mais l'administration immédiate de l'ipécacuanha comme vomitif permettra bientôt de commencer l'alimentation.

Par sédation, nous entendons l'apaisement des désordres nerveux gé-

néraux, comme nous venons de le dire, mais obtenu sans *débiliter*, *prosterner* ou *perturber* les forces de l'organisme, effets fâcheux que la maladie produit d'une manière très-marquée.

Or, nous l'avons vu, la suette est caractérisée par une exagération de la sécrétion sudorale et de la calorification, une inflammation cutanée spéciale, et, par-dessus tout, un éréthisme nerveux général ; la suette peut donc être traitée par les bains tièdes, car les bains, à cette température, diminuent la chaleur et la sueur, modèrent la circulation, atténuent l'inflammation tégumentaire, calment les troubles nerveux, facilitent le développement de l'éruption, et provoquent le sommeil, cet antispasmodique par excellence.

Ce dernier effet, si important et si salutaire, s'est produit d'une manière constante dans tous les cas que nous avons observés.

Outre ces avantages, les bains tièdes, moyen fort simple et fort inoffensif, assurément, ne troublent en rien, comme certaines médications internes, les fonctions de l'estomac, et permettent l'alimentation, conditions aussi essentielles pour nous que les saines prescriptions hygiéniques sur lesquelles a tant insisté Foucart.

Cas d'éléphantiasis des Arabes opéré avec succès. En 1837, le docteur Puton, de la Nouvelle-Calédonie, enleva avec succès sur un Africain une tumeur éléphantiasique du scrotum qui pesait 55 livres. En voici un nouvel exemple :

Un homme de vingt-deux ans est entré à l'hôpital pour une énorme tumeur du scrotum qui descendait presque jusqu'au niveau des malléoles, à cinq pouces du sol. Cette tumeur a mis sept à huit ans à se développer ; elle a 28 pouces de longueur, et son poids est de 65 livres et demic ; on le constate en plaçant la tumeur sur une balance, et en faisant accroupir le malade de façon que son corps ne pèse pas sur la balance.

L'opération fut décidée. Plusieurs heures auparavant, la tumeur fut élevée en la plaçant sur un plateau préparé à cette intention. Le but qu'on se proposait était de réduire la quantité de sang contenue dans la tumeur, mais ce procédé produisit une telle infiltration de sérum à la base de la tumeur, qu'il compliqua matériellement l'opération. Le docteur Thébaud pense que la quantité de sang ainsi conservée n'est pas suffisante pour contre-balancer les inconvénients de cette complication, et il n'aurait plus recours au même expédient dans des cas semblables.

Nous n'entrerons pas dans les détails de l'opération, qui dura une heure; pour en donner une idée, nous dirons seulement que plus de cent ligatures furent nécessaires. L'hémorrhagie, quoique abondante, n'affaiblit pas trop le malade, et la guérison fut assez rapide.

Depuis 1859, 118 malades atteints de la même affection ont été opérés à l'hôpital de Calcutta. Le nombre des morts fut de 21, ce qui donne une proportion de 18 pour 100. Il est remarquable que les tumeurs les plus volumineuses sont celles dont l'opération a le mieux réussi.

Le docteur Thébaud est porté à croire que, dans la plupart des cas, la cause de la mort réside dans l'époque de l'opération. Considérant que l'éléphantiasis des Arabes est, dans sa première période, de nature inflammatoire, il pense que l'opération pratiquée dans cette période est dangereuse, tandis que passé cette époque, dont la durée est d'ailleurs très-variable, la gravité de l'opération, quelque effrayante qu'elle paraisse, diminue de beaucoup. (*Archives de médecine.*)

Traitement de la blennorrhagie par l'essence de santal. Bien que l'huile essentielle de santal ne paraisse pas destinée à faire oublier des médicaments qui depuis longtemps ont fait leurs preuves d'efficacité dans le traitement de la blennorrhagie, nous croyons bien faire en ajoutant des renseignements nouveaux à ceux que nous avons déjà donnés sur ce sujet; car il peut se présenter des cas où le praticien soit bien aise d'avoir à son service d'autres agents que ceux auxquels on a plus habituellement recours, comme par exemple, ainsi qu'on le verra plus loin, lorsque ceux-ci ne sont pas tolérés. Ces renseignements sont empruntés à M. Berkeley Hill, chirurgien d'un des hôpitaux de Londres.

M. Hill a essayé l'essence de santal dans dix-neuf cas d'écoulement uréthral de plusieurs semaines ou plusieurs mois de durée. Son efficacité, bien que non certaine, s'est montrée fréquemment très-marquée. Dans plusieurs cas, elle a arrêté l'écoulement dès le troisième jour, et, continuée pendant une semaine, elle en a

prévenu le retour. Sur les dix-neuf cas, l'administration de ce médicament a donné de bons résultats dans treize, et dans les six autres elle n'a été d'aucun avantage; dans quatre de ces derniers cas, l'essence a déterminé, même à faible dose, des nausées et des troubles de l'estomac, et dans deux, bien que donnée à la dose assez forte de plus de 5 grammes par jour, elle est restée complétement sans action sur la blennorrhagie.

Dans sept des treize cas favorables, le cubèbe et le copahu avaient d'abord été administrés; dans trois de ces sept cas, le copahu avait produit des troubles gastriques très-intenses; d'où il résulte que certains estomacs qui ne tolèrent pas le copahu sont parfaitement aptes à supporter l'essence de santal. Chez tous ces malades, une ou plusieurs injections avaient été pratiquées avant l'administration de l'huile essentielle.

Dans les dix-neuf cas, la dose qui a été le plus fréquemment tolérée a été de 15 gouttes trois fois par jour, avec un peu de liqueur de potasse, dans de l'eau de menthe poivrée. Mais, chez deux malades, des doses de 8 gouttes ont été suffisantes, tandis que chez trois des doses de 40 gouttes ont pu être prises sans provoquer aucun signe d'intolérance. Dans tous les cas, tout autre moyen fut laissé de côté pendant la durée du traitement par l'huile de santal; en général, l'administration a dû en être continuée pendant au moins huit jours.

M. Hill n'a pas employé l'huile de santal dans la période aiguë de la blennorrhagie; dans cette période, c'est aux alcalins qu'il a recours, en même temps qu'aux purgatifs et aux anodins, selon que chaque cas le requiert. (*British Med. Journ.*, juillet 1867.)

Corps étranger extrait du pharynx, chez un enfant, avec l'aide du laryngoscope. Le laryngoscope ne se borne pas à être un admirable instrument de diagnostic; il peut encore, dans certains cas, fournir un précieux secours pour l'extraction de corps étrangers retenus dans le pharynx et à l'entrée des voies aériennes.

Un petit garçon, âgé de vingt mois, fut apporté, le 2 mai dernier, à M. G. Johnson, professeur de médecine à King's College. D'après les renseignements donnés par ses parents, cet enfant avait avalé, deux jours auparavant, un penny de cuivre (dimension d'une de nos pièces de dix centimes); il avait été pris immédiatement des symptômes d'une suffocation imminente; mais ces symptômes alarmants s'étaient d'abord rapidement calmés, à ce point qu'à l'arrivée d'un médecin qui avait été mandé, celui-ci pensa que le corps étranger avait été porté jusque dans l'estomac.

Mais cette opinion ne put être partagée par M. le docteur Johnson, lorsque le petit malade lui fut présenté cinquante-deux heures après l'accident: il y avait, en effet, impossibilité d'avaler les aliments solides; les liquides ne passaient qu'avec beaucoup de difficulté et en excitant la toux; l'arrière-bouche était rouge, il s'écoulait souvent des mucosités, parfois teintes de sang; la respiration était anxieuse, accompagnée de râles humides qui avaient leur siége dans la gorge, et d'une toux quinteuse, fréquente, qui empêchait le sommeil.

Après avoir placé un coin de liége entre les mâchoires pour les maintenir écartées, notre confrère essaya d'examiner les parties à l'aide du laryngoscope; mais cette première tentative resta sans succès, le miroir ayant été immédiatement recouvert et souillé par les mucosités qui encombraient le gosier; ce ne fut qu'après avoir nettoyé cette cavité avec un pinceau qu'il put faire un examen utile, et alors il aperçut la pièce de monnaie à la partie supérieure de l'œsophage, ses surfaces regardant l'une en avant l'autre en arrière et son bord reposant immédiatement au-dessous de l'orifice du larynx. Saisissant alors une pince longue et mince s'ouvrant d'arrière en avant, il l'introduisit en se guidant à l'aide du laryngoscope tenu de la main gauche, saisit le corps étranger par son bord et le ramena au dehors. Cette opération fut suivie de violents accès de toux et d'efforts de vomissements, mais qui se calmèrent au bout de quelques secondes, après quoi l'enfant put boire un peu d'eau et de lait, ce qu'il fit avec avidité et une aisance qui n'existait pas auparavant. Les symptômes d'irritation s'amendèrent ensuite avec rapidité; dès le troisième jour, les aliments solides passaient facilement, et au bout de huit jours il ne restait plus aucune trace de l'accident. (*British Medical Journ.*, 6 juin 1867.)

Ulcération syphilitique ancienne guérie par le mercure. Notre recueil offre un bon nombre d'exemples d'affections syphilitiques anciennes qui, d'abord méconnues dans leur nature et rebelles aux divers moyens mis en œuvre sous la dictée d'un diagnostic insuffisant, se sont ensuite rapidement modifiées et guéries lorsque, rapportées à leur véritable point de départ, elles ont été soumises à l'influence du traitement mercuriel, généralement admis comme spécifique et contre lequel les attaques dont il vient d'être l'objet ne sauraient, croyons-nous, prévaloir. Le fait suivant peut rentrer dans la même catégorie, et fournir les mêmes enseignements.

Il s'agit d'un cantonnier, âgé de trente ans, qui, ayant reçu sur la jambe un éclat de pierre, avait vu succéder à une plaie contuse une ulcération qui s'était agrandie progressivement. Au bout d'un an, malgré les traitements topiques les plus variés, cet homme non-seulement n'avait pas guéri, mais même se trouvait dans une situation telle qu'il était menacé de ne pouvoir continuer le métier qui lui donnait son pain. L'ulcère occupait la moitié inférieure de la jambe gauche et les trois quarts de sa circonférence; il présentait une coloration rouge cuivrée, et consistait en une réunion d'un grand nombre de petits ulcères de forme arrondie, formant autant de dépressions profondes se confondant par leurs bords ou communiquant entre elles au-dessous d'espèces de ponts cutanés; il était le siége de vives douleurs et d'une suppuration fétide abondante, qui épuisaient le malade.

M. le docteur Fleury, de Langon, auquel ce malheureux finit par s'adresser en août 1854, soupçonnant à cette maladie une origine syphilitique, l'interrogea dans ce sens, et apprit que, sept ans auparavant, il avait eu un chancre induré à la verge, suivi d'une adénopathie indolente multiple, d'ulcérations au pharynx, de céphalalgie nocturne, de chute des cheveux, etc. Un traitement hydrargyrique avait été commencé, mais bientôt abandonné. Depuis lors, aucun symptôme n'était apparu; mais il est bon de noter que la femme du malade avait eu un avortement, peut-être bien symptomatique de l'infection syphilitique du fœtus.

Ces renseignements reçus, le traitement par le proto-iodure de mercure fut institué, en même temps que des soins locaux appropriés étaient donnés. Six semaines après, il y avait déjà une amélioration considérable, et au bout de quatre mois la guérison était complète. (*Gaz. des hôp.*, 1867, nº 90.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

De l'absorption par les plaies. M. Gosselin a lu un rapport sur un travail de M. Demarquay, intitulé : *De l'absorption par les plaies et les abcès.*

L'auteur y fait connaître le résultat d'expériences qu'il a entreprises en mettant sur les plaies et dans diverses cavités accidentelles une solution d'iodure de potassium dans la proportion de 10 pour 100. Au bout d'un temps qui a varié entre six et trente minutes, il a retrouvé l'iode dans l'urine et surtout dans la salive.

L'iode s'est retrouvé plus promptement lorsque la solution iodurée avait été mise au contact d'une plaie granuleuse, arrivée au huitième ou neuvième jour de son évolution, que dans les cas où elle avait été mise en contact avec une plaie toute récente.

M. Demarquay a fait des expériences analogues sur les ulcères cancéreux du sein, sur le cancer ulcéré de l'utérus, sur la cavité des abcès chauds et froids, sur les cavités kystiques, et les résultats ont été analogues. Ces expériences confirment celles que M. le rapporteur a faites lui-même, en 1857 et 1858, à l'hôpital Cochin, et celles que Bonnet, de Lyon, a publiées en 1852 dans la *Gazette médicale.*

La conséquence clinique que M. Demarquay tire de ses observations, c'est que les plaies et les abcès peuvent absorber aussi bien les miasmes répandus dans l'air et toutes les matières putrides que le pus ou le sang sont capables, en se décomposant, de déposer à la surface des solutions de continuité.

N'est-il pas probable dès lors que l'érysipèle traumatique, l'infection putride, l'infection purulente, la fièvre puerpérale sont dus à l'absorption de produits délétères à la surface des plaies?

Le rapporteur doit examiner successivement la nouveauté et la valeur de cette théorie pathogénique. M. Gosse-

lin rappelle à ce sujet les travaux de Maréchal et de M. Velpeau sur l'infection purulente, qu'ils attribuent au passage du pus dans le sang veineux; la thèse de M. Alphonse Guérin (1847) réfutant les théories de Danse et de Blandin; celle de Maréchal et de M. Velpeau, expliquant l'infection purulente par le passage de miasmes délétères intangibles dans les capillaires des plaies; un travail de Bonnet, de Lyon (1837), sur le développement de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans le pus fétide; l'article *pus* de P. Bérard, dans le *Dictionnaire en trente volumes*, les recherches de M. Velpeau sur l'angioleucite et sur l'absorption des substances délétères par les vaisseaux lymphatiques dans les plaies; un travail de M. Gosselin (1858), sur la fièvre traumatique grave ou infection putride des premiers jours; enfin les expériences du docteur Billroth, publiées en 1865 par les *Archives*, sur les effets des matières putrides mises en contact avec les plaies ou injectées dans le tissu cellulaire.

L'hypothèse de l'absorption par les plaies remonte donc aux trente premières années de notre siècle : M. Demarquay aura le mérite de lui avoir donné un nouvel appui.

Quel accueil faut-il faire à cette théorie, généralisée par M. Demarquay, qui explique non seulement l'infection purulente et l'infection putride, mais encore tous les accidents fébriles consécutifs aux solutions de continuité, par une absorption de matériaux putrides ?

Pour que cette théorie ne laissât aucun doute dans les esprits, elle aurait à démontrer trois choses : 1° que les plaies peuvent absorber; 2° qu'il y a sur ces plaies des substances à absorber; 3° que ces substances, par leurs propriétés irritantes, septiques ou autres, sont la seule cause des phénomènes fébriles.

La première de ces questions est démontrée; la seconde, c'est-à-dire l'existence du poison, l'est déjà beaucoup moins; en reportant ses souvenirs vers ceux de ses blessés qui ont eu des accidents fébriles, M. Gosselin trouve que chez le plus grand nombre le pus n'a présenté avant l'évolution des phénomènes aucune modification évidente, ni aucune altération appréciable aux sens.

M. Panum a bien cherché à donner les caractères de ce qu'il appelle le poison putride, mais rien de plus vague et de plus incertain que ses descriptions.

Relativement à la troisième question, M. Gosselin ne saurait admettre que l'absorption des matières putrides des plaies et des abcès soit la cause unique des complications qu'on lui attribue.

Ne faut-il pas tenir, en effet, un grand compte de la viciation de l'air, de l'encombrement, du pouvoir contagieux, de la douleur physique, des impressions morales, de la santé antérieure, etc. ?

Accueillons donc l'explication de M. Demarquay, non pas comme une doctrine, mais simplement comme une hypothèse, tout en acceptant sans réserve les conclusions thérapeutiques qu'il en tire : 1° ne pas laisser de plaies exposées à l'air; 2° les panser, soit avec la glycérine, soit avec l'alcool, soit avec les désinfectants; 3° placer les malades dans l'atmosphère la plus pure et la plus renouvelée possible.

Qu'il me soit permis seulement, ajoute M. Gosselin, de ne pas admettre tout d'abord cette proposition de M. Demarquay : à savoir qu'avec ces trois ordres de moyens thérapeutiques, il a diminué dans son service la proportion des érysipèles et des infections purulentes. Ce n'est plus ainsi aujourd'hui que ces questions-là se traitent : il faut des démonstrations et non des assertions, des statistiques et non de simples souvenirs.

Indépendamment des recommandations thérapeutiques de M. Demarquay, il faut accorder une haute importance à la simplicité et à l'indolence des pansements, au ménagement minutieux des influences morales, à l'alimentation, à l'usage des toniques et des spiritueux, à l'isolement des malades, etc.

En résumé, le travail de M. Demarquay a le mérite de donner par ses expériences un certain appui à la théorie physiologicu-pathologique de l'infection purulente, de l'infection putride, etc. Il appelle une fois de plus l'attention sur l'importante question du traitement et de l'hygiène des opérés. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

Congrès médical international de Paris.

PROGRAMME DES SÉANCES.

PREMIÈRE SÉANCE. — *Vendredi 16 août, à 2 heures.*

I. Allocution de M. le professeur Bouillaud, président du Comité d'organisation.

II. Formation et installation du Bureau.

III. Notification des délégués accrédités auprès du Congrès par les gouvernements et par les Sociétés savantes.

IV. Lectures et discussions sur la première question du programme :

Anatomie et physiologie pathologiques du tubercule. — De la tuberculisation dans les différents pays, et de son influence sur la mortalité générale.

Professeur Sangalli (Pavie). — Anatomie et physiologie pathologiques du tubercule.

Docteur Villemin (Paris). — Du tubercule et des processus analogues.

Professeur Crocq (Bruxelles). — Sur la tuberculose.

Professeur Lebert (Breslau). — Résumé des expériences sur l'irritation pulmonaire expérimentale, etc.

Docteur Marmisse (Bordeaux). — Recherches statistiques sur la phthisie pulmonaire considérée comme cause de décès dans la ville de Bordeaux.

Docteur Ed. Lee (Londres).— Du tubercule et de son influence sur la mortalité générale.

Docteur Sarramea (Bordeaux). — Influence du tubercule sur la mortalité générale.

Docteur Ullersperger (Munich).—De la tuberculisation pulmonaire en Bavière.

Docteur Homan (Christiania).— De l'extension de la maladie tuberculeuse en Norwége.

DEUXIÈME SÉANCE. — *Lundi 19 août, à 2 heures.*

Suite de la discussion sur la tuberculose. — Lectures et discussions sur la question de la menstruation :

De l'influence des climats, des races et des différentes conditions de la vie sur la menstruation dans les diverses contrées.

La plupart des mémoires présentés au Congrès ont pour titre l'énoncé même de la question.

Docteur E.-Louis Mayer (Berlin). — Exposé statistique de la menstruation dans l'Allemagne septentrionale et centrale, disposé en cinquante-neuf tableaux.

Professeur Leudet (Rouen).

Professeur Faye (Christiania).

Docteur Joulin (Paris).

Docteur Vogt (Christiania).

Docteur Tilt (Londres).

Docteur Corvie (Iles Shetland).— Sur la période menstruelle dans les îles Shetlaud, et sur ses rapports avec la longévité.

TROISIÈME SÉANCE. — *Mercredi 21 août, à 2 heures.*

Lectures et discussions sur la seconde question du programme :

Des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales.

Professeur Bourgade (Clermont-Ferrand). — Travail ayant pour titre l'énoncé de la question.

Professeur Barbosa (Lisbonne). — Note statistique des grandes opérations faites à l'hôpital royal de Saint-Joseph, à Lisbonne, pendant les douze dernières années.

Professeur Gosselin (Paris). — Prophylaxie de l'érysipèle et de l'infection purulente dans les salles d'hôpitaux.

Professeur Labat (Bordeaux). — Des moyens d'éviter les accidents qui peuvent compliquer les plaies.

Docteur Verneuil (Paris). — De l'influence de certaines maladies constitutionnelles sur les résultats des opérations chirurgicales.

QUATRIÈME SÉANCE. — *Vendredi 23 août, à 2 heures.*

Lectures et discussions sur la troisième question du programme :

Est-il possible de proposer aux divers gouvernements quelques mesures efficaces pour restreindre la propagation des maladies vénériennes ?

Tous les travaux ont pour titre l'énoncé qui précède.
Professeur Vleminckx (Bruxelles).
Professeur Jeannel (Bordeaux).
Docteur de Méric (Londres).
Docteur Rollet (Lyon).
Docteur Boens (Charleroi).
Docteur Mougeot (Bar-sur-Aube).
Docteur Owre (Christiania).
Docteur Garin (Lyon).
Docteur Rey (Paris).
Docteur Auzias-Turenne (Paris).
Docteur Cohen (Hambourg).

CINQUIÈME SÉANCE. — *Lundi 26 août, à 2 heures.*

Suite de la discussion sur les maladies vénériennes. — Lectures et discussions sur la sixième question du programme :

De l'acclimatation des races d'Europe dans les pays chauds.

Professeur Broca (Paris).

Docteur Lombard (Genève).— Des lois de la mortalité en Europe dans leurs rapports avec les influences atmosphériques.

Docteur Faure (Alger.) — Travail présenté au nom de la Société de climatologie algérienne. — De l'origine récente du globe terrestre.

Docteur D'Aquino Fonceca (Pernambouco). — Sur la colonisation au Brésil.

Sixième séance.— *Mercredi* 28 *août, à* 2 *heures.*

Lectures et discussions sur la quatrième et sur la septième question du programme :

De l'influence de l'alimentation usitée dans les différents pays sur la production de certaines maladies.

Professeur Dupré (Montpellier.) — Note sur la pellagre.
Docteur Bertet (Cercoux). — Influence de l'alimentation sur la pellagre.
Docteur Billod (Sainte-Gemmes). — Action pathogénique de l'alimentation exclusive et de l'alimentation nuisible sur la pellagre.
Professeur Halla (Prague). — Communication verbale.

Des entozoaires et des entophytes qui peuvent se développer chez l'homme.

Docteur Wreden (Saint-Pétersbourg). — Observations sur une nouvelle forme de maladie d'oreilles (*Mycomyringitis seu Myringomycosis aspergillina*) produite par le développement de deux nouvelles espèces de champignons parasites (*Aspergillus flavus, Aspergillus nigricans*) dans le tissu de la membrane du tympan. — Avec échantillons et préparations microscopiques.
Docteur Plasse (Niort).—Du dévelopement des épizooties par des cryptogames.

SÉANCES COMPLÉMENTAIRES DU SOIR.

Six séances auront lieu le soir, de 8 à 10 heures. Elles seront consacrées à la lecture des travaux étrangers au programme.

Première séance du soir. — *Samedi* 17 *août, à* 8 *heures.*

Docteur Galezowski (Paris). — Des altérations de la rétine et de la choroïde dans la diathèse tuberculeuse.
Professeur Brown-Sequard (New-York). — Vues nouvelles sur les signes des maladies cérébrales.
Docteur Gourdin (Paris).—Sur le traitement de la tuberculisation pulmonaire.
Docteur Marchal de Calvi (Paris).— Note sommaire sur les médications offensives dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Deuxième séance du soir. — *Mardi* 20 *août, à* 8 *heures.*

Docteur Bole (Castel-Sarrasin). — Sur la fièvre rémittente improprement appelée fièvre typhoïde.
Professeur Giov. Polli (Milan). — Du traitement des maladies dues à un ferment morbide par les sulfites et les hyposulfites de magnésie et de soude.
Professeur Crocq (Bruxelles). — Sur la néphrite albumineuse.
Docteur Lallement (Charleville).— Sur le traitement de la fièvre typhoïde.
Docteur Milliot (Kiew). — De l'investigation par transparence des cavités splanchniques (Démonstration).

Troisième séance du soir. — *Jeudi* 22 *août, à* 8 *heures.*

Docteur Brunetti (Padoue). — Nouvelle méthode de conservation des pièces anatomiques.

Docteur Eulenburg (Berlin). — Sur l'empoisonnement phosphorique aigu.
Docteur Rauchfuss (Saint-Pétersbourg). — Sur la construction des hôpitaux d'enfants.
Docteur Drysdale (Londres). — Sur le traitement de la syphilis sans mercure.

Quatrième séance du soir. — *Samedi 24 août, à 8 heures.*

Docteur Colson (Noyon). — Sur le traitement de la coxalgie.
Docteur Laurence (Londres). — Observation d'un cas d'anévrysme traumatique de l'orbite. Ligature de la carotide primitive. Succès.
Docteur Ravoth (Berlin). — Sur le diagnostic des hernies.
Docteur Ramirez (Madrid). — Nouvelle opération pour le traitement des abcès du foie.
Docteur van de Loo (Venlo). — Bandage plâtré amovo-inamovible d'emblée et tricot plâtré.

Cinquième séance du soir. — *Lundi 26 août, à 8 heures.*

Docteur Desprez (Saint-Quentin). — Traitement rationnel de la période algide du choléra.
Docteur Shrimpton (Paris). — Choléra ; son siége ; sa nature. Contagion.
Docteur Davreux (Liége). — Sur un moyen préservatif de la coqueluche.
Docteur Garrigou Desarènes (Paris). — De l'otoscopie. Application de l'otoscope à l'étude des lésions du tympan.
Docteur Moura (Paris). — L'acte de la déglutition devant la physiologie.

Sixième séance du soir. — *Mardi 27 août, à 8 heures.*

Docteur Mattei (Paris). — De la souffrance de l'utérus pendant la grossesse chez la femme.
Docteur Kristeller (Berlin). — Opérations obstétricales par manœuvres externes.
Docteur Maxson (New-York). — Sur la présentation de l'épaule.
Docteur Wreden (Saint-Pétersbourg). — Présentation d'instruments pour la nouvelle opération de sphirotomie (résection du manche du marteau).
Docteur Roussel (Genève). — Sur un nouvel appareil pour la transfusion du sang.
Docteur Lazarewitch (Kharkoff). — Présentation d'instruments pour les opérations obstétricales.

Le Président : BOUILLAUD.

SOUSCRIPTION

POUR ÉLEVER UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DE TROUSSEAU.

M. le professeur Lasègue nous adresse la lettre suivante :

« Mon cher confrère,

« Des élèves et des amis de Trousseau ont eu la pensée de consacrer à sa mémoire un monument qui restât comme le témoignage de leur gratitude et de leur affection.

« Trousseau avait voulu, par une décision formelle, que ses funérailles eussent lieu sans faste et sans solennité, et que son corps fût déposé dans le caveau de la famille. Elever un monument sur sa tombe, c'eût été presque contrevenir à cette volonté dernière.

« Il leur a paru plus conforme aux sentiments du maître de faire exécuter un buste en marbre, qui serait placé dans la salle des actes de la Faculté de médecine, et d'ouvrir une souscription pour que tous pussent s'associer à ce pieux hommage.

« J'ai compté que vous voudriez bien nous aider de votre amical concours et recevoir les cotisations, qui seront centralisées entre les mains de M. Asselin, éditeur, place de l'Ecole-de-médecine.

« Votre bien affectionné, C. Lasègue.

« L'exécution du buste sera confiée à M. Geoffroy Dechaume. Les listes de souscription seront closes le 1er décembre prochain. »

Nous félicitons M. Lasègue de sa noble et généreuse initiative et nous nous y associons de grand cœur. Trousseau, ce maître illustre, est une figure qui ne doit pas s'effacer et que le marbre saura transmettre à la postérité. Nous faisons appel à nos confrères et nous serons très-heureux de recevoir leur souscription.

Par décret en date du 25 juillet 1867, M. Lesueur, chirurgien principal de la marine en retraite, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

Par décret en date du 27 juillet, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Laugier, médecin de 1re classe de la marine; Echalier, Pougny et Lemoyne, médecins de 2e classe de la marine.

Par décret en date du 3 août 1867, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Sabatier, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Manès, Guillemart, Aubin, Jean, Orabona, médecins de 1re classe de la marine; Gaston, médecin de 2e classe de la marine; Letessier, Pietri et Monestier, médecins auxiliaires de 2e classe.

Par divers arrêtés ministériels :

M. Ehrmann, doyen et professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, pour cause d'ancienneté de services.

M. Ehrmann est nommé professeur honoraire à ladite Faculté.

M. Stoltz, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé doyen de cette Faculté.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Etude sur l'action antiblennorrhagique de la digitale;

Par M. le docteur Bérenger-Féraud, médecin de 1re classe
de la marine impériale.

Il y a une douzaine d'années, le docteur Brughmans, de Diest, a annoncé dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (1854, p. 61), et dans le *Journal de Médecine* de Bruxelles, que la digitale exerce une action marquée sur les organes génitaux. « Chacun, dit-il, peut se convaincre de cette action en faisant usage pendant cinq ou six jours de 30 à 40 centigrammes de digitale. Les organes génito-urinaires se réduisent alors à un état d'hyposthénie, de flaccidité tel, qu'on serait porté à douter de leur existence; plus de chaleur, plus de tension, plus de congestion de ces parties, plus d'érections, plus de sensations voluptueuses, plus de désirs. » M. Brughmans a déduit de cette action physiologique, de nouvelles applications thérapeutiques de la digitale, et il rapporte, en effet, dans son travail huit observations intéressantes, d'après lesquelles il est tenté de croire aux propriétés antiblennorrhagiques de la digitale pourprée.

Dans le courant du siècle dernier déjà, on avait préconisé la digitale contre les écoulements de l'urèthre. En effet, Giacomini dit dans son *Traité de Thérapeutique*, p. 177 : « Les chirurgiens ont aussi employé utilement la décoction de digitale dans les cas de leucorrhée et de blennorrhagie. »

J'ai été curieux de vérifier ces assertions. La digitale est un agent si intéressant de la thérapeutique, son action physiologique a été incidemment étudiée avec tant de soin dans ces dernières années, ses applications sont si utiles dans les affections les plus variées, qu'il était attrayant de savoir si, aux nombreuses maladies justiciables de son influence, on pouvait joindre la blennorrhagie uréthrale.

L'uréthrite, qui semble si facilement guérissable de prime abord, est, on le sait, une affection extrêmement rebelle quelquefois aux moyens médicaux, de sorte que ma curiosité était doublée. En conséquence, pendant une période de deux ans, je n'ai laissé échapper aucune occasion d'expérimenter la digitale dans les écoulements gonorrhéiques, et j'ai recueilli trente-six observations complètes, qui servent aujourd'hui de base à mon étude. Ce chiffre de trente-six observations paraîtra restreint sans doute; cependant la variété des cas qu'il comprend me semble assez grande

pour m'avoir permis d'étudier assez complétement la question au point de vue clinique.

Traitant des matelots de l'État, à l'infirmerie du bord, sur un bâtiment de la marine impériale, je n'ai pu me servir que de l'unique préparation de digitale dont les règlements fournissent les navires : de la teinture alcoolique. Sans doute j'aurais préféré la digitaline pour avoir plus de précision dans l'évaluation des doses, car on sait que la digitale n'agit qu'en vertu de la quantité d'alcaloïde qu'elle contient. Mais, cependant, comme je me suis servi d'un médicament constamment identique, puisqu'il provenait toujours de la même source (1), je suis sûr d'avoir eu régulièrement, dans les doses prescrites, les mêmes proportions de principe actif.

D'autre part, pour ne pas obscurcir les résultats de mes expériences, je n'ai employé concurremment aucun autre agent thérapeutique. Les hommes que je soumettais à l'action de la digitale ne prenaient ni tisane diurétique, ni purgatifs, opium ; rien, en un mot, que de petites quantités d'eau sucrée froide. Ils étaient exemptés du travail, de peur que la fatigue ne provoquât des accidents, mais ils ne restaient pas au repos absolu, puisqu'ils passaient la plus grande partie de la journée sur le pont, n'ayant le droit de se coucher dans leur hamac qu'une fois la nuit venue; enfin, ils ne portaient pas de suspensoir.

Sur mes trente-six malades, j'ai eu une orchite et une arthrite blennorrhagiques. L'arthrite a été évacuée sur l'hôpital, à terre, et a été traitée par les moyens très-divers. J'ai continué les préparations de digitale chez le sujet atteinte d'orchite, et l'inflammation du testicule, qui est restée très-modérée, a cédé sans traitement direct autre que des cataplasmes tièdes, l'écoulement uréthral a disparu à mesure que la résolution se dessinait du côté de l'épididyme.

Voici ce que j'ai observé dans mes expérimentations :

1° Dans quelques cas, la digitale a eu une action des plus heureuses sur la blennorrhagie ; c'était surtout lorsque l'affection était au début et s'annonçait par les caractères inflammatoires les plus accentués, sur un sujet jeune, fort, pléthorique, mais cependant peu irritable. Je veux parler de ces malades vigoureux et aux forces athlétiques qui se présentent au médecin avec un pouls plein et vibrant, battant

(1) J'avais eu soin de faire provision d'une quantité de 300 grammes de teinture de digitale avant de commencer mes expériences et j'ai toujours puisé au même flacon pour les vingt-huit premiers malades. Les huit autres ont été traités avec une autre teinture, mais qui m'a paru cependant identique à la première.

à l'état normal 75 à 85, et, depuis l'invasion brusque de la phlegmanie uréthrale, 90 et 95, montrant une verge souvent turgescente d'inflammation, à tel point que le gland ou le prépuce sont parfois œdématiés et chauds. Leur méat, d'un rouge livide, laisse échapper une large goutte de pus verdâtre et presque aussi crémeux que le pus phlegmoneux. Au toucher, la fosse naviculaire, et parfois aussi toute la portion spongieuse de l'urèthre, donnent la sensation d'un volumineux cordon, dur et douloureux. Les envies d'uriner sont constantes, la miction s'accompagne de brûlure déchirante, les érections sont incessantes pendant la nuit, fréquentes pendant le jour, toujours accompagnées d'une atroce douleur.

Bref, sur ces jeunes malades, de puissante et sanguine constitution, présentant une uréthrite intense et très-récente (de douze à trente heures d'invasion), j'ai vu souvent la digitale avoir la meilleure influence. Quinze gouttes de teinture dans une cuillerée d'eau, à prendre immédiatement, donnent parfois un mieux sensible pendant six ou huit heures, et si on continue alors, en augmentant progressivement la dose, on voit, en trente-six ou quarante-huit heures, la miction devenir moins douloureuse, les érections moins fréquentes, l'écoulement moins épais, etc., etc. Tous les symptômes vont ainsi en décroissant régulièrement, à tel point que six, huit, dix jours après, au plus tard, la guérison est complète et solide. L'observation suivante porte sur un malade de cette catégorie.

Obs. I. Bayol, matelot, complexion sanguine, athlétique, vingt-deux ans, n'ayant pas eu d'écoulement uréthral antérieurement. Rapports sexuels le 16 septembre 1863. Six jours après, sentiment d'ardeur dans le canal ; bientôt la verge devient douloureuse, turgescente, l'urèthre est comme un cordon très-dur; irradiation des douleurs dans les testicules, envies constantes d'uriner, miction atrocement douloureuse; érections incessantes dans la nuit, fréquentes dans le jour, si déchirantes qu'elles entraînent presque la syncope. Ecoulement épais et verdâtre.

Le 23 septembre, il se présente à la visite du matin. Pouls à 90, 12 gouttes d'alcoolé de digitale; journée meilleure. Même potion le soir; je ne note aucun retentissement sur la circulation. Bon sommeil pendant la nuit, et une seule érection, aussi douloureuse cependant que les précédentes, vers le matin. Pas de changement dans l'écoulement.

24 septembre. 16 gouttes d'alcoolé de digitale, matin et soir. L'écoulement est plus abondant, toujours crémeux; presque plus de douleurs à la miction, plus d'érection. Pas de changement du pouls.

Du 25 au 30 septembre, même prescription. Le pouls baisse successivement à 70, 65, 60. L'écoulement s'éclaircit et diminue,

l'émission des urines se fait normalement. Aucune érection. Continuation du traitement.

Le 1er octobre, l'écoulement est réduit à un léger suintement incolore. Le malade a eu une érection, la première depuis le 23 septembre ; elle a été totalement indolore. L'urèthre est encore dur dans toute la portion spongieuse. Pouls à 65. Teinture de digitale *ut suprà*.

3 octobre. L'écoulement a cessé complétement ; pouls à 60. Cessation de tout traitement. Bayol, complétement guéri, reprend son service.

Voilà une guérison solide et rapide, due incontestablement à la digitale seule, et je dois dire que j'ai obtenu souvent un résultat aussi beau, mais seulement dans les cas que j'ai spécifiés plus haut : sujet jeune, sanguin, vigoureux, n'ayant pas eu d'écoulement précédent, se présentant à la visite très-peu de temps après l'invasion. Cette dernière condition est très-importante, je crois ; il me semble avoir remarqué que, même chez des sujets moins pléthoriques, moins vigoureux que Bayol, étant cependant à leur première uréthrite, la digitale avait un bon effet lorsque le traitement commençait quelques heures seulement après le début de la phlegmasie ; tandis qu'au contraire, chez les sujets qui me paraissaient dans d'excellentes conditions, le fait seul de l'existence de l'uréthrite depuis trois ou quatre jours faisait que la digitale avait, je crois, de grandes chances d'échouer.

Quoi qu'il en soit, ce qui m'a paru très-remarquable, c'est que souvent l'uréthrite s'améliore sensiblement, avant que la circulation ait été impressionnée d'une manière appréciable ; chez Bayol, par exemple, l'amélioration de la phlegmasie s'est produite en vingt-quatre heures, tandis que le pouls n'a commencé à baisser que quarante-huit heures après. Notons ce fait, et disons en passant qu'il est analogue à ce qui se présente dans les pneumonies traitées par la digitale. Dans ce cas, en effet, on sent que la phlegmasie a cédé avant même que le pouls ait baissé et que l'appareil fébrile paraisse atteint.

Il n'est peut-être pas inutile de faire attention à ce point, pour l'étude du mode d'action de la digitale. Nous verrons en effet plus loin que, si l'on accepte l'idée de l'influence du médicament sur la circulation capillaire par l'entremise des nerfs vaso-moteurs, les phénomènes dont je parle sont facilement compris.

Obs. II. Lefoll, quartier-maître, né sur les côtes de la Manche ; tempérament sanguin, athlétique ; figure colorée ; uréthrite intense datant de la veille ; première atteinte. Pouls à 80.

1er jour, teinture de digitale : 10 gouttes. Même état.

2e jour, 30 gouttes en deux fois. Même état.

3e jour, 40 gouttes en deux fois. Amendement sensible ; le pouls baisse de huit pulsations. Aucun autre phénomène dépendant du médicament.

8e jour du traitement. L'écoulement est tari ; pouls à 60. *Exeat.*

Pendant près d'une semaine, Lefoll me semble avoir le visage moins coloré ; son pouls est resté de 60 à 70. Il a pris 80 gouttes de teinture de digitale.

Obs. III. B***, né sur les côtes de Normandie, vingt-deux ans, taille élevée, force herculéenne ; pouls à 75, uréthrite intense depuis la veille au matin. Erections constantes dans la nuit, fréquentes dans le jour, extrêmement douloureuses.

1er jour, teinture de digitale : 20 gouttes en deux fois ;

2e jour, aucune modification : 25 gouttes id. ;

3e jour, moins de douleurs : 30 gouttes id. ;

4e, 5e et 6e jours, même état ; même prescription.

7e jour, le pouls tombe à 60 ; diminution de l'écoulement. Même prescription.

8e, 9e, 10e jours, amélioration. Un peu de purgation, qui fait suspendre la digitale.

13e 14e 15e jours, 20 gouttes, deux fois par jour. Amendement.

19e jour, guérison. *Exeat.*

Je ne rapporterai pas en détail quatre autres observations analogues, qui n'ajouteraient aucun élément nouveau à mon étude. Les doses ont été pour celles-là, comme pour les trois précédentes, de 10 à 15 gouttes le premier jour, de 30 à 40 ensuite ; les hommes se sont présentés à moi dans les trente heures qui suivaient le début de la phlegmasie. La guérison complète est survenue dans les sept cas de la première catégorie : une fois le septième jour du traitement, une fois le huitième jour, deux fois le dixième jour, une fois le douzième jour, une fois le seizième jour, une fois le dix-neuvième jour du traitement.

L'intolérance digestive n'est survenue que le cinquième, sixième, dixième jour ; et d'ailleurs la simple diminution de moitié dans les doses a toujours suffi, excepté chez le sujet numéro 3, où la purgation a été assez forte pour faire suspendre le médicament pendant deux jours. Dans aucun de ces deux cas, je n'ai noté de diurèse bien marquée.

2° L'heureuse influence de la digitale ne se manifeste cependant pas toujours d'une manière aussi rapide et aussi assurée dans l'uréthrite intense ; quelquefois les accidents ont une plus grande ténacité ; il faut forcer les doses et les continuer énergiquement pendant plusieurs jours pour les dompter. C'est surtout lorsque, quoique n'ayant pas eu d'écoulement antérieur, toujours dans les cas d'uré-

thrite récente, le sujet n'est pas franchement pléthorique. Chez les individus qui jouissent, à vrai dire, de la force et de la vigueur d'une riche jeunesse, mais qui présentent, malgré une forte constitution, les attributs classiques du tempérament nerveux ou bilieux, on ne peut compter d'une manière bien absolue sur les bons effets de la digitale, employée comme unique moyen de traitement. Certainement on arriverait encore assez souvent à la curation en s'obstinant, mais le plus sage alors est de recourir concurremment à d'autres antiblennorrhagiques plus efficaces, et la digitale tombe ainsi au second plan. Les deux observations suivantes nous donnent un exemple de cette résistance aux préparations de digitale employées exclusivement.

Obs. IV. Schmidt, matelot, vingt-deux ans, tempérament sec et nerveux, complexion solide, coït infectant datant de six jours; œdème inflammatoire de la verge; écoulement crémeux, verdâtre, abondant; douleurs, etc., etc : tous les symptômes d'une uréthrite intense depuis la veille. Pouls à 72.

6 octobre 1863. 20 gouttes d'alcoolé de digitale. Pouls à 72.

7 octobre. 25 gouttes d'alcoolé de digitale. Pouls à 74 le matin, à 98 le soir. Continuation de la marche ascendante de l'inflammation uréthrale.

8 octobre. 30 gouttes d'alcoolé de digitale. Pouls à 94 le matin, 100 le soir. Les accidents uréthraux ne diminuent pas ; augmentation de la quantité des urines. Soif, érections déterminant des hémorrhagies uréthrales peu abondantes.

9 octobre. 30 gouttes d'alcoolé de digitale; même état. Le pouls retombe à 74.

10 octobre. 30 gouttes d'alcoolé de digitale. Augmentation considérable des urines; les symptômes uréthraux ne s'amendent pas. Le pouls est si irrégulier, que, en quinze secondes, on compte tantôt dix, tantôt trente pulsations.

11, 12 octobre. Diminution légère des accidents uréthraux; 30 gouttes d'alcoolé de digitale bis. Pouls à 70.

13, 14, 15. Même traitement; amendement lent de la phlegmasie; le pouls tombé successivement à 65 et 60.

16, 17, 18. Amélioration réelle, mais très-lente; même traitement. Les érections sont aussi fréquentes et aussi douloureuses que le premier jour; pouls à 56, irrégulier.

19, 20, 21. Continuation du mieux. Pouls à 54, irrégulier; pas d'autres phénomènes généraux de la digitale. L'écoulement tend à diminuer de consistance, érections moins fréquentes et moins douloureuses.

22, 23, 24. 30 gouttes d'alcoolé de digitale bis.

25, 26, 27. Mieux sensible; diminution graduelle des doses de digitale. Pouls à 50.

5 novembre. L'écoulement est tari; suppression du traitement.

Le 8 novembre, Schmidt reprend son service, complétement guéri.

Obs. V. Ramée, matelot, vingt-quatre ans, né en Normandie;

complexion vigoureuse, formes athlétiques, attributs d'un tempérament bilieux bien compensé; pas d'écoulement antérieur. Coït infectant datant de quatre jours; symptômes d'uréthrite intense.

7 juin 1862. 15 gouttes d'alcoolé de digitale bis. Continuation de la marche ascendante des accidents jusqu'au 15 juin, malgré l'abaissement du pouls de 80 à 55. Du 20 au 26 juin, état stationnaire du mal. Le 27 juin, période décroissante, et guérison complète le 12 juillet. Cessation de la digitale le 1er juillet.

Il a fallu, dans ces deux cas, que j'eusse bien envie de n'employer que la digitale seule sans aucun autre adjuvant, pour ne pas recourir aux moyens qui étaient si péremptoirement indiqués. Sans doute je suis arrivé à maîtriser l'inflammation uréthrale, à tarir même la sécrétion morbide, et, par conséquent, à guérir, mais que de temps et de souffrances! Beaucoup d'autres moyens eussent à coup sûr donné de plus rapides résultats. Et ne pourrait-on pas dire que la maladie s'est usée d'elle-même, sans que la digitale ait été utile?

Dans des cas analogues, il y aurait eu tout bénéfice à employer concurremment les sangsues, les saignées générales, même, les opiacés, émollients, laxatifs, bains, etc., etc., ou bien, au contraire, les injections au nitrate d'argent, qui, loin d'exaspérer les douleurs, sont un des plus puissants calmants que nous possédions. Alors, ces moyens auraient atteint plus directement l'inflammation, et l'indication de juguler les accidents inflammatoires topiquement, quand on ne peut y arriver par les moyens généraux, est importante, on le sait, dans l'uréthrite, car non-seulement on abrége ainsi les douleurs du patient, mais encore on peut avancer que les chances de guérison complète d'un écoulement uréthral sont, toutes choses égales d'ailleurs, en raison directe de la rapidité de décroissance des premiers accidents inflammatoires.

Si, dans les deux observations que je viens de citer, la guérison complète peut, par un esprit un peu complaisant, être rapportée à l'action de la digitale, il ne faut pas croire qu'un tel résultat soit la règle; non, bien au contraire : si on employait aveuglément et toujours, dans de pareilles conditions, ce mode de traitement, on exposerait bien souvent le malade à la persistance d'un écoulement chronique, plus ou moins abondant, qui n'est en définitive qu'une demi-guérison, d'autant plus fâcheuse qu'elle donne pour le présent une très-grande susceptibilité au canal de l'urèthre, tandis qu'elle prépare pour l'avenir le conduit excréteur de l'urine à tous les dangers du rétrécissement.

Obs. VI. Labadie, Bordelais; belle constitution, vivacité extrême;

tempérament nerveux type. Uréthrite intense datant de trente heures.

Les préparations de digitale qui semblent faire bien pendant les trois premiers jours sont manifestement insuffisantes. J'élève les doses jusqu'à 60 gouttes par jour; phénomènes d'intolérance.

Bref, après dix-huit jours, le malade s'impatiente et je l'envoie à l'hôpital. A terre, la douleur a disparu totalement; l'écoulement est moins épais et moins abondant, mais néanmoins tache encore fortement le linge.

Labadie ne revient de l'hôpital qu'après quarante-cinq jours de traitement, ayant encore tous les matins une goutte transparente, mais assez grosse.

3° Enfin, dans quelques cas, la digitale est complétement incapable de faire diminuer les symptômes de l'uréthrite aiguë. Quelles que soient les doses que l'on emploie, le médicament agit sur la circulation, sur la digestion; les phénomènes d'intolérance apparaissent, et cependant l'uréthrite n'est influencée en rien. C'est sur les sujets âgés, lymphatiques, à fibre molle, peu vigoureux, diathésiques, ceux qui ont eu de fréquentes uréthrites antérieures, qui portent déjà un écoulement uréthral chronique, qui se présentent trois ou six jours après l'invasion de la phlegmasie actuelle, etc., que l'on constate cet insuccès complet. Les observations suivantes portent sur ces divers cas.

Obs. VII. Léonardi, matelot, vingt-deux ans; tempérament lymphatique, peu vigoureux, traces de scrofules au cou, n'ayant jamais eu d'uréthrite, se présente, le 20 août, avec un écoulement douloureux. Le coït remonte à six jours. Depuis la veille, le canal uréthral est le siége d'ardeurs pénibles. L'émission des urines s'accompagne de douleur intense; érections très-douloureuses. 10 gouttes d'alcoolé de digitale. Le pouls, qui est à 75, ne varie pas.

Le 21, 22 : 12 gouttes. Aucune amélioration; au contraire, l'affection est plus intense.

Le 23, 24 : 15 gouttes, mêmes résultats; le pouls baisse à 70.

Le 25, 26, 27, 28. 15 gouttes le matin, 10 gouttes le soir. Le pouls tombe successivement à 68, 65, 60. Aucun bon effet.

29, 30, 31. Même prescription; l'acuïté des symptômes de l'uréthrite tombe un peu, mais si lentement, qu'on peut la rattacher plus raisonnablement au repos qu'au médicament lui-même. L'écoulement n'est pas influencé, il est toujours épais, crémeux, abondant.

1er, 2, 3, 4, 5 novembre. Mêmes prescriptions, même état; des symptômes d'intolérance gastrique se manifestent, ils continuent les 6, 7, 8; cessation de la digitale. L'écoulement est comme au premier jour; le canal de l'urèthre est moins phlogosé; mais les érections sont toujours pénibles.

Je recours aux injections astringentes, au cubèbe. La guérison arrive assez rapidement, mais un suintement uréthral persiste ensuite malgré tous les moyens employés pour le tarir.

Obs. VIII. C***, second maître, âgé de trente-cinq ans. Constitution usée et délabrée par les excès alcooliques. Uréthrites antérieures bien guéries. Uréthrite aiguë. Administration de la digitale, qui donne de bons effets pour les accidents du *delirium tremens*, mais qui ne produit absolument aucun effet pour l'uréthrite.

Obs. IX. B***, matelot, vingt ans, lymphatique; écoulement antérieur bien guéri. Actuellement il a un écoulement indolore assez abondant survenu quatre jours après un coït suspect; durant depuis quatre jours. La digitale fournie pendant vingt jours jusqu'à l'intolérance ne donne aucun bon effet.

Ce que je viens de noter touchant les effets de la digitale dans ces neuf observations détaillées, et ce que j'ai constaté dans les vingt-sept autres, qu'il est inutile de rapporter pour ne pas donner une extension trop grande à mon étude, nous explique pourquoi certains médecins ont vu guérir parfaitement des malades, tandis que d'autres échouaient, et, pour ma part, avant d'avoir complété la série des trente-six observations qui sert de base à mon étude, j'étais fort embarrassé pour formuler une opinion sur la question, ayant constaté des guérisons et des insuccès si inattendus, que j'aurais été tenté presque de les attribuer à une action *capricieuse* de la digitale.

Mais à mesure que j'ai noté avec plus de soin les conditions dans lesquelles se trouvaient mes malades, je suis arrivé à tirer de mes observations cette croyance que : 1° les sujets sanguins, vigoureux, jeunes, modérément irritables, atteints pour la première fois et depuis moins de quarante-huit heures, étaient généralement bien et vite guéris par la digitale ; 2° que les hommes de tempérament bilieux ou nerveux, vifs, irritables, à circulation plus accélérée que forte, ceux qui étaient atteints depuis quelques jours déjà, s'en trouvaient beaucoup moins bien, quoiqu'ils pussent encore quelquefois en tirer de bons effets; 3° enfin que les sujets usés, lymphatiques, diathésiques, âgés, ayant eu de précédents écoulements, ne ressentaient le plus souvent aucune action réellement utile.

Je suis donc porté à penser que la digitale agit dans l'uréthrite plus en vertu de son action antiphlogistique, c'est-à-dire hyposthénisante, que d'une manière spécifique. Ce serait, par conséquent, un antiblennorrhagique indirect, dont l'action sur la maladie locale ne serait que le contre-coup de son influence sur l'organisme entier.

On pourrait se demander si l'action topique exercée sur la muqueuse uréthrale par la digitale lorsqu'elle est entraînée au dehors avec les urines n'est pas pour quelque chose dans la guérison. Nous savons, en effet, que le médicament a une action topique irritative incontestable sur le derme dénudé et les muqueuses. Il pourrait donc être alors en même temps et un hyposthénisant général et un

substitutif local agissant *a tergo*, comme le copahu, le cubèbe, etc. Mais d'abord, cette action irritative topique ne pourrait expliquer la guérison. En effet, quand nous songeons : 1° que, d'après Homolle et Quévenne (p. 342), 18 gouttes de teinture de digitale représentent seulement 53 centigrammes de médicament, c'est-à-dire 5 milligrammes de digitaline ; 2° que la digitale est assez diurétique pour faire facilement monter de un à plusieurs litres la sécrétion rénale ; 3° que les urines n'éliminent guère en général que la moitié au plus des quantités médicamenteuses ingérées, nous voyons que l'urine ne contiendrait que 1 à 2 milligrammes de digitaline au plus par litre chez les blennorrhagiques traités par la digitale, et ces proportions constitueraient une injection si faible qu'aucune action topique appréciable ne serait produite.

Mais rien n'est moins prouvé encore que l'élimination de la digitaline par les urines. Homolle et Quévenne nient même ce phénomène. « Dans le cours de nos expériences, disent-ils (p. 209), nous avons plusieurs fois recherché la digitaline dans les urines, notamment chez les chiens. Lorsqu'ils prenaient 10 milligrammes par jour, nous n'en avons pas trouvé la moindre trace. Il en a été de même chez l'homme, après en avoir pris 12 milligrammes en deux jours. » Et quoique Homolle et Quévenne n'aient employé que le moyen très-imparfait de la gustation comme réactif, les résultats négatifs qu'ils ont constatés nous autorisent à rejeter l'idée de cette action topique de sortie de la digitale.

Depuis le dix-septième siècle déjà, on a constaté l'action purgative évidente des préparations de digitale, mais on ne saurait prétendre que c'est en vertu de cette action de purgation qu'elles se rendent utiles dans la blennorrhagie, car non-seulement dans mes trente-six observations je n'ai jamais donné le médicament qu'à de très-faibles doses, mais encore pas une seule fois je n'ai constaté que la guérison fût le résultat de l'augmentation du nombre des selles ou de leur diminution de consistance chez mes malades. Au contraire, les rares cas où l'intolérance intestinale s'est manifestée ont été généralement ceux qui n'ont pas été guéris par le médicament.

De sorte donc que c'est bien en vertu de son action antiphlogistique que la digitale agit, dans la phlegmasie uréthrale, au même titre que l'émétique, les émissions sanguines, la vératrine, la quinine, le bromure de potassium, etc. Je ne sache pas que la vératrine, la quinine pures aient été l'objet de recherches dans cette direction spéciale ; mais il n'en est pas de même de l'émétique, des émissions sanguines, du colchique et du bromure de potassium.

Disons un mot des principales notions de la science sur ce point.

L'émétique a été employé contre les blennorrhagies dans le siècle dernier, et, entre autres preuves, j'invoquerai le passage suivant de Giacomini (*Traité philosophique et expérimental de thérapeutique*, traduit par Mojon et Roguetta, 1839, p. 271) : « L'angine tonsillaire, l'uréthrite, la dysurie, le tétanos, la chorée, ont été aussi guéris au moyen du tartre stibié, » et le thérapeutiste italien renvoie, pour les détails, à Bayle (*Biblioth. de thérap.*, t. I, p. 288), ouvrage que je n'ai pu encore consulter.

M. Diday, de Lyon (*Gaz. méd. de Lyon*, février 1858), a montré que les antiphlogistiques peuvent très-bien avoir raison de certaines blennorrhagies, et remarquons que c'est dans le cas d'uréthrite suraiguë et au début que les émissions sanguines et le tartre stibié à dose hyposthénisante ont donné d'excellents résultats. Voici le résumé du traitement de l'habile syphiliographe de Lyon :

1er jour, 12 sangsues au périnée.

2e, 3e et 4e jours, emplâtre fortement stibié, aux reins. Usage quotidien et doses fractionnées d'une potion avec 30 centigrammes d'émétique.

5e jour, huit cuillerées à bouche de potion de Chopart, en quatre doses.

6e jour. L'écoulement est tari ou à peu près. Injection au nitrate d'argent.

Je ne discuterai pas sur l'énergie de cette méthode, peut-être bien active contre une affection aussi peu dangereuse que la blennorrhagie, je dirai seulement que c'est dans les cas analogues que la digitale peut avoir d'aussi bons effets que l'émétique, car aussi bien que lui elle agit sur la circulation, dont l'activité est intimement liée à la phlegmasie.

(*La suite au prochain numéro.*)

De l'emploi thérapeutique de l'alcool chez les enfants [1];

Par le docteur P. Gingeot, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Peut-on s'expliquer comment agit l'alcool, employé thérapeutiquement ?

Il est impossible, en l'état actuel de nos connaissances, d'affirmer que l'alcool est, ou n'est pas, un aliment dans le sens qu'on accorde généralement à ce mot. Les raisons invoquées de part et d'autre

---

[1] Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 97.

sont impuissantes à résoudre la difficulté : beaucoup d'entre elles ne sont que des hypothèses plus ou moins probables, et celles qui rentrent dans le domaine des faits ne jettent sur la question qu'une lumière très-insuffisante. L'alcool ne subit point dans l'économie les transformations indiquées par les auteurs, et peut être retrouvé en nature dans diverses voies d'élimination ; mais il n'est pas certain qu'il ne subisse aucune autre transformation encore inconnue, et rien ne prouve jusqu'à présent qu'il soit éliminé en totalité.

Ce qui achève de rendre problématiques les qualités alibiles de l'alcool, c'est que les faits allégués par ceux qui les croient réelles peuvent s'expliquer différemment, et que l'explication ne laisse pas d'être plausible. Dans cette nouvelle théorie, l'alcool soutiendrait l'organisme, non en lui fournissant des matériaux de réparation, mais en rendant la désassimilation moins active ; non en *augmentant la recette,* mais en *diminuant la dépense.*

Je trouve, quant à moi, extrêmement séduisante la théorie de l'alcool antidéperditeur ; mieux qu'aucune autre elle semble nous fournir la clef des phénomènes, rendant compte à la fois de l'abaissement de température, de la réduction des excrétions, et du maintien relatif non-seulement des forces, mais du poids des sujets.

Que l'alcool soit un aliment direct ou indirect, qu'il ne soit ni l'un ni l'autre, comme inclinent à le croire Beale (1) et Smith (2), il n'en est pas moins reconnu que l'usage modéré des alcooliques augmente l'énergie fonctionnelle du système nerveux, et relève les forces quand elles sont déprimées. La raison en est probablement dans l'affinité spéciale de l'alcool pour la substance nerveuse, affinité bien établie depuis les travaux d'Ogston, de M. le professeur Tardieu, et surtout de MM. Lallemand, Perrin et Duroy.

Toutes les parties du système nerveux sont-elles également envahies par l'alcool ? N'en est-il aucune qui semble exercer sur ce liquide une attraction particulière ?

Or, il paraît à peu près établi que l'alcool agit spécialement sur les parties postérieures et inférieures du cerveau.

Munis de ces données, nous pouvons aborder l'interprétation des effets des spiritueux dans les maladies aiguës fébriles.

L'indication la plus générale en thérapeutique est de soutenir les forces du patient jusqu'à ce que la maladie ait accompli son évolu-

---

(1) On Deficiency of Vital Power in Disease and on Support. By Lionel S. Beale. In *the British Medical Journal*, 1863.

(2) On the Mode of Action of Alcohol, etc.

tion spontanée : or, c'est cette indication que remplit souvent l'alcool. Agit-il comme aliment direct ou indirect? répare-t-il spécialement la substance nerveuse dont la dégradation serait la cause intime de la prostration et des accidents dits nerveux? Nous l'ignorons. Doit-on penser, avec Gairdner, qu'il facilite l'assimilation des vrais aliments? se borne-t-il à stimuler le système nerveux comme l'éperon fait le cheval, suivant l'opinion et l'expression de Carpenter? Nous ne le savons pas davantage. Mais nous savons, et cela nous suffit dans une certaine mesure, qu'il excite l'axe cérébro-spinal et en réveille les fonctions ; et nous comprenons, dès lors, qu'il soutienne le malade, et lui permette de vivre jusqu'au jour où le mal cessera.

Donner le temps de guérir, c'est déjà beaucoup, et, dans plus d'un cas, c'est assez. Pourtant l'alcool ne s'en tient pas là : en élevant le niveau de la résistance, il modifie les tendances morbides, et change parfois heureusement le cours d'un processus pathologique. Il y a déjà longtemps qu'on a remarqué le rapport étroit qui subordonne à l'état des forces du sujet la manière dont une phlegmasie se termine. Les organes enflammés, disait Kaltenbrunner, deviennent gangréneux quand ils ne sont plus en état de produire du mouvement dans leur intérieur. Vogel est plus explicite : pour lui, l'affaiblissement général de l'organisme est une des circonstances qui font passer l'exsudation inflammatoire à la suppuration, le défaut d'énergie de la force vitale ralentit la production des bourgeons charnus, et une diminution considérable de cette énergie porte l'inflammation à finir par mortification et fonte sanieuse. MM. Béhier et Hardy ne sont pas moins formels ; parlant des diverses terminaisons de l'inflammation, ils insistent sur l'influence du *terrain*, et développent les lois suivantes : individu fort et d'une santé habituellement bonne, — tendance à la résolution ; — individu faible et souvent malade, — tendance à la suppuration ; — d'où la promptitude et la facilité avec lesquelles suppurent les inflammations dites secondaires. « Il est un fait, écrivent-ils plus loin, qui domine toutes les autres indications thérapeutiques, à ce point qu'il pourrait, à lui seul, les résumer toutes. Ce fait, c'est l'état des forces du malade... Il faut un certain degré de force de la part de l'économie pour arriver à résoudre une inflammation. »

Todd, qu'on a tant accusé de bizarrerie et d'excentricité, n'a guère été au delà de ces principes. Écoutons ce qu'il professe à l'égard des phlegmasies pulmonaires :

« Plusieurs médecins ont établi, entre les cas de pneumonie, une distinction utile en matière de traitement. Les cas de pneumonie,

selon eux, forment deux classes, l'une sthénique, l'autre asthénique et typhoïde : la première, capable de souffrir le traitement antiphlogistique le plus actif, et pour laquelle ils disent, en vérité, que ce traitement est absolument nécessaire; l'autre, réclamant une méthode tonique et même stimulante, et qu'il serait extrêmement hasardeux et dangereux de traiter par les antiphlogistiques. Or, tout en admettant sans restriction la valeur pratique d'une distinction semblable, je dois faire observer qu'il faudrait, à mon sens, l'exprimer différemment. J'aimerais mieux dire qu'il y a, dans tous les cas de pneumonie, indépendamment du premier ou du second mode de traitement, une tendance décidée, plus forte chez les uns, moins forte chez les autres, à déprimer les forces générales de la vie; qu'un traitement antiphlogistique direct et bien franc est toujours hasardeux, parfois extrêmement risqué, jamais absolument nécessaire; mais que, dans certains cas, tout est perdu, si l'on n'institue dès le commencement un traitement d'une nature nettement tonique et stimulante. »

Répétons, si l'on veut, que des abus ont été commis; proclamons que l'exclusivisme est chose pernicieuse, et que toutes les méthodes, suivant les cas, peuvent être utiles à leur tour; mais reconnaissons que l'emploi de l'alcool n'a rien d'empirique, et qu'il répond aux meilleures théories sur l'état des forces du malade, et les indications qu'on en peut tirer.

Outre son influence antidépressive et les conséquences qu'elle amène, l'alcool posséderait une action curative plus directe. Beale fait observer que beaucoup de substances réputées toniques produisent la coagulation des fluides albumineux et des solutions de matières extractives; elles rendent ces liquides moins pénétrants, peut-être en accroissant leur viscosité. « Les effets avantageux de ces médicaments, dit le physiologiste anglais, sont dus probablement à leur influence directe sur les fluides qui font partie de la masse sanguine. Nul doute qu'ils ne ralentissent la séparation des particules intégrales des globules du sang, et ne travaillent, en même temps, à rendre moins perméables aux fluides les parois des vaisseaux sanguins. » Pensant que l'alcool est l'agent le plus efficace pour agir de cette manière, Beale estime qu'il contrecarre le processus inflammatoire, et résume ainsi son opinion :

« L'alcool n'agit pas à la façon d'un aliment; il ne nourrit pas les tissus. Il peut diminuer la dépense en changeant la consistance et les propriétés chimiques des fluides. Il arrête court la vie des cellules qui se développent rapidement, et les oblige à vivre moins

vite, et tend par ce procédé à faire qu'un tissu altéré, dans lequel des changements vitaux s'accomplissent avec une activité anormale, retourne à sa condition normale et beaucoup moins active.... Dans les maladies épuisantes (*exhausting diseases*), l'alcool semble agir, en partie, en diminuant très-rapidement l'activité anormale et excessive du développement des cellules, et la dose indiquée dépendra de l'importance que ces phénomènes auront prise [1]. »

L'utilité de l'alcool contre les symptômes nerveux est facile à comprendre, à la condition qu'on distingue avec soin l'origine de ces symptômes. Il est admis actuellement que le délire, l'agitation, l'insomnie, les soubresauts de tendons, etc., n'ont pas nécessairement pour cause un état congestif ou inflammatoire des organes centraux de l'innervation ; bien loin qu'il en soit toujours ainsi, le contraire est le cas le plus fréquent, et, pour prendre un exemple, aucun médecin éclairé ne s'aviserait aujourd'hui d'attribuer à une phlogose des membranes encéphaliques le délire si commun dans l'érysipèle. « Sans contredit, il est possible que la méningite coïncide avec un érysipèle, elle peut même être favorisée dans son développement par l'érysipèle, mais ce sont là des cas exceptionnels ; dans l'immense majorité des exemples, le délire de l'érysipèle est un délire purement nerveux [2]. » Généralement les troubles nerveux qui accompagnent les maladies aiguës tiennent à ce que le sang n'arrive pas au cerveau avec ses qualités ordinaires ou en quantité suffisante. « C'est chose digne de remarque, » dit M. Ehrmann, « que deux conditions aussi opposées, l'anémie et la congestion, se traduisent par les mêmes désordres fonctionnels [3]. » Dans ces circonstances, l'alcool est l'auxiliaire du sang. Répare-t-il la substance nerveuse ? ne fait-il que l'aiguillonner? peu importe. Le point principal et le mieux démontré, c'est que l'encéphale retrouve, à ce contact, la vigueur que le sang ne lui apportait plus ; il y avait pénurie d'excitation, l'alcool vient combler le déficit et l'équilibre est rétabli [4].

La tolérance n'est pas moins aisée à expliquer. Supposons qu'on

---

(1) On Deficiency of Vital Power in Disease, etc.

(2) Conférences de clinique médicale ; par J. Béhier ; 1864, p. 40.

(3) Recherches sur l'anémie cérébrale; par Jules-Amédée Ehrmann. Thèses de Strasbourg, 1858.

(4) Depuis Chomel, on s'accorde à donner des alcooliques aux ivrognes atteints de maladies aiguës ; chez eux, en effet, le système nerveux est tellement habitué à la double excitation du sang et de l'alcool que, si le deuxième cesse d'intervenir, les accidents de l'anémie cérébrale surviennent presque immanquablement, comme aussi la tendance à la suppuration et à la gangrène.

puisse représenter par 10 l'excitation qui correspond à l'état normal : tout ce qui augmentera ou diminuera ce chiffre amènera des phénomènes morbides. Or, il est clair que telle dose d'alcool qui, chez un homme sain, causerait des troubles *par excès* en portant l'excitation à 15, amendera, au contraire, des troubles *par défaut* si l'excitation est tombée à 5 ; et que, si l'excitation est à 3, les troubles pourront continuer, non à cause du traitement, mais malgré le traitement, la dose d'alcool prescrite n'étant pas assez élevée pour remplir complétement l'indication.

Est-il possible d'interpréter l'action modératrice exercée par l'alcool sur le mouvement fébrile ?

Grâce aux études modernes, la fièvre a perdu le caractère mystérieux qu'elle a présenté pendant des siècles; toutes les obscurités ne sont pas encore dissipées, mais, du moins, la discussion a quitté le domaine de la fantaisie pour entrer dans celui du positif. Les travaux d'Henle et de Stilling sur les vaso-moteurs, les fameuses recherches de Claude Bernard sur les effets de la section du grand sympathique au cou et sur l'état de fonction et de repos des glandes, les expériences de Marey sur les phénomènes de la circulation, et, notamment, sur la tension du sang dans les vaisseaux, ont enfin déchiré le voile et conduit Marey lui-même à émettre sur la nature de la fièvre des idées éminemment rationnelles.

D'après Handfield Jones et d'autres, l'utilité des alcooliques dans la fièvre proviendrait de leur action stimulante sur le système nerveux; quant à moi, j'aurais quelques tendances à préciser davantage, et à croire que les spiritueux font tomber la fièvre en excitant la moelle allongée. Le *modus administrandi* me paraît avoir une large part aux effets obtenus. Nous avons vu précédemment que la substance nerveuse exerce une sorte d'attraction sur l'alcool, et que ce liquide se dépose de préférence dans l'encéphale ; or, si l'alcool est administré d'un seul coup et en masse, il imprègne la totalité du système cérébro-spinal, et contre-balance l'action modératrice de la moelle allongée par la paralysie indirecte des vaso-moteurs ganglionnaires ; si, au contraire, on le donne à doses fractionnées, trop faibles chacune pour émouvoir sensiblement le système cérébro-spinal, il a le temps de s'accumuler dans le cerveau pour agir peu à peu sur cet organe sans déterminer d'abord de surexcitation générale; enfin, comme, selon Bocker, l'alcool modifie principalement les parties postérieures et inférieures de l'encéphale, il n'est pas déraisonnable d'admettre que ce liquide excite finalement la moelle allongée avec une énergie particulière. Ainsi s'expliquerait

le ralentissement du pouls auquel se lierait celui de la respiration, et, consécutivement, la diminution de la chaleur de l'organisme; ainsi arriverait-on, en consultant la théorie, à fixer des règles pratiques déjà sanctionnées par l'expérience; à savoir : 1° que l'alcool doit être donné par doses massives quand on doit remédier à un affaissement subit; 2° qu'il faut le prescrire à doses petites et fractionnées lorsqu'on veut combattre l'élément fébrile; 3° que les doses, tout en restant fractionnées, peuvent s'élever plus haut si le pouls est non-seulement fréquent, mais petit; dans le premier cas, on s'adresse à l'ensemble du système nerveux; dans le deuxième, on vise de préférence à la moelle allongée; dans le troisième, on tâche d'exciter la moelle allongée en même temps qu'on provoque, dans une certaine mesure, la paralysie secondaire des vaso-moteurs sympathiques.

D'autres substances, telles que l'émétique et la vératrine, font également tomber la fièvre, mais leur mode d'action est bien différent de celui des alcooliques : loin d'exciter directement une partie quelconque du système cérébro-spinal, elles dépriment ce système en totalité, laissant ainsi toute liberté aux vaso-moteurs sympathiques de rétrécir les petits vaisseaux, d'augmenter la tension vasculaire, et de ralentir le pouls. Cette propriété trouve son emploi dans les phlegmasies pulmonaires, et semble propre à lutter mécaniquement contre la congestion inflammatoire qui constitue la première période de la maladie; mais elle a l'inconvénient d'affaiblir le patient et de favoriser, en conséquence, l'apparition des troubles nerveux *ab anœmia*, et le développement de la suppuration; aussi est-il très-hasardeux de traiter par l'émétique la pneumonie des sujets naturellement débiles, et celle des gens épuisés par l'âge, les maladies antérieures, les excès ou les privations.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du drainage chirurgical dans ses applications à la thérapeutique de la carie dentaire;

Par le docteur E. Magitot, membre des Sociétés de biologie, d'anthropologie, etc.

La carie dentaire, au point de vue de ses lésions anatomiques, de sa symptomatologie et de son traitement, se divise en trois périodes successives :

1° Carie superficielle ou carie de l'émail;

2° Carie moyenne ou carie de l'ivoire ;

3° Carie profonde ou pénétrante, c'est-à-dire celle qui, ayant envahi la cavité de la pulpe, a mis à découvert cet organe.

Nous n'avons pas à étudier ici les caractères, la marche et les moyens thérapeutiques appropriés à chacune de ces formes. Ces faits ont été exposés longuement dans un livre récent [1]. Nous voulons seulement appeler l'attention sur un moyen de guérison applicable à une forme particulière et à un degré extrême de la troisième période de la maladie.

Lorsque la cavité de la pulpe, envahie par l'altération, s'est confondue avec la carie elle-même pour ne former qu'une seule et même excavation, l'organe qu'elle contenait disparaît par gangrène ou fonte purulente, et les vaisseaux et nerfs dentaires se détruisent et s'atrophient. Les influences extérieures, les corps étrangers, les liquides de la bouche pénètrent alors librement jusqu'au centre de la dent et dans l'intérieur des canaux dentaires eux-mêmes. Il résulte de ces circonstances que le périoste ou membrane alvéolo-dentaire, impressionné directement, éprouve une irritation plus ou moins vive, qui se traduit par divers symptômes et certains signes particuliers.

Tantôt l'inflammation produite est aiguë et se termine par résolution spontanée ou provoquée; tantôt, surtout si elle est abandonnée à elle-même, elle passe à l'état chronique, fournissant en permanence une certaine quantité de pus qui cherche une issue au dehors. Dans quelques cas, la suppuration n'a pas pour unique cause le périoste et elle peut être due aussi à la persistance de quelques fragments de pulpe à l'état de fongosités ou de végétations.

Alors, si, par suite d'une circonstance quelconque, l'issue du pus au dehors ne peut s'effectuer par la carie elle-même, la rétention au sommet de la racine provoque dans le voisinage l'apparition de phénomènes inflammatoires plus ou moins aigus : phlegmon de la gencive ou de la joue, abcès s'ouvrant dans la bouche ou sur la peau, etc. La terminaison la plus fréquente est la production d'un petit abcès gingival, suivi d'une fistule persistante donnant passage à un écoulement constant. C'est de cette manière que bon nombre de caries ou de débris, arrivés à la période extrême de l'altération, et compliqués de périostite chronique, sont maintenus au sein des mâchoires.

---

[1] Voir *Traité de la carie dentaire*, **1867, J.-B. Baillière.**

Mais si, d'autre part, nous supposons le cas où les canaux dentaires et la carie sont restés libres sans oblitération quelconque, le pus produit au sommet de la racine trouve une issue facile et s'écoule par la couronne à l'extérieur.

C'est de ces derniers cas, c'est-à-dire des caries pénétrantes, avec périostite chronique suppurée et écoulement constant par le canal dentaire, que nous voulons parler ici, et pour la guérison desquels nous proposons un nouveau moyen : l'application du drainage chirurgical.

Etant donnée, en effet, une carie de ce genre, on la reconnaît aux caractères suivants :

La cavité de la carie et celle de la pulpe sont entièrement libres ; les canaux dentaires, également libres, sont pénétrables au stylet dans toute leur étendue. La présence du pus dans le centre de l'organe est manifeste, soit à l'introduction simple de la sonde, soit, plus aisément, si l'on garnit l'extrémité de celle-ci d'un peu d'ouate, qui revient imbibée d'un liquide fétide caractéristique. Les manœuvres de succion amènent dans la bouche une matière putride qui incommode beaucoup les malades. Toutefois, l'état est ordinairement, ou tout à fait indolent spontanément, ou ne provoque que des sensations très-faibles. Les fonctions de l'organe sont cependant impossibles en raison de la gêne notable à la pression et aussi de la présence des matières qui s'écoulent au dehors. Il en résulte que le côté correspondant de la bouche est plongé dans l'inaction absolue, ce qui amène fréquemment des complications, soit pour les dents voisines, soit dans les gencives.

Les dents qui sont le plus souvent le siége de cette forme de carie sont les molaires, et comme ce sont celles qui servent principalement aux fonctions masticatoires, les sujets réclament impérieusement la cessation d'un tel état, sollicitant en même temps la conservation de l'organe et le retour à la liberté de ses usages.

Si, dans ces conditions, on applique au fond de la carie un pansement de coton un peu serré ou une obturation provisoire avec une matière résineuse ou la gutta-percha, il survient, après un temps très-court, des douleurs avec soulèvement de la dent, phlegmon de la gencive ou de la joue, pouvant même aboutir à un abcès dans la bouche ou à l'extérieur.

Les divers moyens thérapeutiques applicables à la carie de cette période restent donc sans effet sur la forme spéciale dont il s'agit. Toutefois, les pansements narcotiques ou calmants divers dissipent aisément toute douleur, et la dent peut même reprendre, sous

leur influence, son insensibilité et son rôle. On songe alors à pratiquer l'obturation définitive, dans l'espoir de perpétuer cet état de calme ; mais à peine la substance obturatrice est-elle établie que le lendemain, ou quelques jours après, parfois même au bout de plusieurs heures, suivant la quantité de pus produite, une série d'accidents apparaissent caractérisant la périostite aiguë avec ses complications inflammatoires de voisinage.

En cette occurrence, on se décide le plus souvent à l'extraction, déclarant le cas au-dessus des ressources de l'art. Mais si, avant d'en venir à cette extrémité, on enlève la matière obturatrice, on constate qu'aussitôt les accidents cessent comme par enchantement, et si l'on examine attentivement la cavité après l'opération, on la voit baignée d'une notable quantité de pus enfermée au-dessous de l'obturation, et qui s'écoule aussitôt, entraînant un calme relatif immédiat.

La physionomie de l'altération dans ces circonstances n'est pas douteuse. Aussitôt l'obturation faite, il s'est produit une rétention du pus au sein de la cavité de la pulpe et des canaux dentaires, puis refoulement du liquide vers le sommet de la racine ; périostite aiguë avec accidents divers ; phlegmon de la joue et quelques phénomènes généraux qui accompagnent ordinairement la présence du pus dans l'économie.

C'est aux cas de ce genre, assez nombreux dans la pratique ordinaire, que nous avons songé à appliquer le *drainage chirurgical.*

Convaincu, en effet, qu'en laissant un libre écoulement au pus par un pertuis laissé libre du centre de la cavité de la pulpe au dehors, nous avons modifié le mode d'obturation par l'un des trois procédés suivants :

1° L'insensibilité de la dent étant obtenue par les moyens appropriés, nous introduisons dans la carie la matière obturatrice, en ayant soin de maintenir sur le point le plus déclive de la cavité un petit tube ou *drain* de platine de un demi ou deux tiers de millimètre de diamètre intérieur, faisant communiquer le centre de la dent avec la surface de la substance, et permettant ainsi le libre écoulement du pus au dehors. Ces petits tubes, faits de platine pur et sans soudure, peuvent s'appliquer dans toutes les matières, même les amalgames métalliques ; ils se coupent aisément avec des ciseaux, se plient dans diverses directions et se conservent un temps illimité (1).

(1) Un industriel de Paris, M. Godard, les prépare de tous les diamètres et avec toutes les courbures.

2° Un second procédé de drainage consiste à perforer la substance obturatrice elle-même, une fois qu'elle est établie et durcie suffisamment, en la traversant de part en part avec un petit perforateur de trépan. Ce procédé, inapplicable aux caries placées sur les parties postérieures des dents, doit être employé lorsque l'obturation est facilement accessible aux instruments comme aux faces antérieure ou externe de l'organe.

3° Le troisième procédé consiste, une fois installée l'obturation par les moyens ordinaires, à pratiquer la trépanation directe de la cavité de la pulpe au lieu d'élection, c'est-à-dire au collet. Ce dernier moyen est réservé aux caries dont le siége, la forme ou la direction ne permettent pas l'emploi des deux premières, les caries des interstices dentaires par exemple. On applique alors à la partie antérieure ou externe de la couronne, sur le point du collet le plus rapproché du centre, un petit trépan ou perforateur à rotation mécanique, au moyen duquel on traverse toute l'épaisseur de l'ivoire par un pertuis qu'on laisse béant.

Par l'un de ces trois procédés, variés suivant les indications, la guérison et l'insensibilité de la dent s'établissent d'une manière définitive : le périoste dentaire, n'étant plus surexcité directement par les influences extérieures, fournit une quantité de pus moindre et parfois insensible ; l'écoulement se régularise, d'ailleurs, et devient souvent inappréciable, la fétidité du liquide cesse ou diminue et les fonctions de la bouche sont ainsi rétablies. Toutefois, si accidentellement un corps étranger vient à pénétrer dans le canal ainsi ménagé et à l'oblitérer complétement, tous les accidents inflammatoires reparaissent immédiatement ; mais alors, la manœuvre la plus simple rétablit aussitôt le calme : il suffit de pénétrer avec un stylet ou un fragment de crin dans le canal ou le tube et d'en rétablir ainsi la perméabilité. Quelquefois les manœuvres de succion simple faites par le sujet suffisent, au moindre signe de congestion, à faire sortir le corps étranger. Nous connaissons un certain nombre de malades qui ont l'habitude de cette pratique et chez lesquels persiste, sans trouble, la guérison de caries ainsi parvenues à cette période extrême.

Quelques observations développeront et compléteront ces considérations thérapeutiques.

Obs. I. *Carie pénétrante avec disparition totale de la pulpe ; périostite chronique et écoulement purulent constant par le canal dentaire et la cavité de la carie. Obturation avec conservation d'un petit canal tubulé dans la substance obturatrice. Oblitération acciden-*

telle du canal; retour des accidents, rétablissement du pertuis ; guérison.

M. B***, vingt et un ans, excellente constitution ; carie pénétrante de la face antérieure de la première grosse molaire supérieure droite; disparition totale de la pulpe. La sonde, en explorant la carie et la cavité centrale, s'avance jusque dans les canaux dentaires sans rencontrer aucun obstacle. Le sujet ne se plaint, d'ailleurs, que d'une sensibilité assez faible à la pression des mâchoires et des difficultés de la mastication.

La cavité donne issue à une très-faible quantité d'un liquide fétide dont l'écoulement continu incommode beaucoup le sujet. L'exploration à la sonde recouverte d'un peu de coton ramène, en effet, un peu d'humidité purulente et infecte.

Le pertuis de communication est largement ouvert par un perforateur jusque dans la profondeur des racines au voisinage du sommet. Des pansements calmants sont appliqués chaque matin pendant quinze jours consécutifs (mixture créosotée).

Au bout de ce temps, la sensation douloureuse à la pression a considérablement diminué, la mastication est redevenue possible. Toutefois, il semble encore qu'il suinte par la carie une faible quantité de liquide.

Obturation provisoire avec une boulette de coton imbibée de teinture concentrée de benjoin.

Au bout de huit jours, intolérance de l'obturation manifestée par le retour de la périostite à l'état aigu.

L'obturation provisoire est enlevée et des pansements calmants sont réappliqués pendant quelques jours.

Obturation métallique perforée d'un petit canal destiné à laisser issue aux liquides provenant de la périostite du sommet.

Tout accident cesse complétement.

Au bout de deux mois environ, le sujet revient nous consulter; un nouvel accès de périostite aiguë est survenu.

En examinant le trajet ménagé au sein du métal obturateur, trajet situé cependant vers la partie supérieure et la moins accessible, nous constatons qu'il s'est oblitéré par pénétration de quelques matières étrangères. Le stylet, passé de part en part, débouche complétement le canal.

Le calme, revenu après cette petite manœuvre, se continue sans interruption depuis bientôt une année. Le sujet prend toutefois la précaution de passer de temps en temps une petite pointe de curedent pour éviter l'oblitération du pertuis.

Obs. II. *Carie pénétrante, gangrène de la pulpe; périostite chronique du sommet avec écoulement purulent constant par le canal dentaire et la carie. Obturation provisoire, retour de la périostite à l'état aigu. Obturation définitive avec drainage au moyen d'un petit tube de platine; guérison.*

M. A***, trente ans, carie profonde de la face triturante et du côté extérieur de la première grosse molaire inférieure droite; inaction complète du côté correspondant et accumulation considérable de tartre; pas de fluxions antérieures, sensibilité modérée à la percussion. L'exploration au stylet permet de pénétrer sans obstacle dans toutes les parties de la cavité de la pulpe, privée entièrement de toute trace de l'organe.

Le malade se refuse complétement à l'extraction et désire une guérison qui lui permette le retour de la mastication dans le côté malade et la suppression de l'odeur désagréable qu'entretient cette dent dans la bouche.

En effet, le stylet, garni d'une petite boulette de coton, promené dans la cavité, ramène une petite quantité de sanie noirâtre et fétide.

Une série de quinze pansements quotidiens est appliquée au moyen de l'acide phénique porté jusqu'au sommet des racines.

Au bout de ce temps, toute odeur paraît avoir disparu, mais l'écoulement n'est pas entièrement tari.

Une obturation provisoire à la gutta-percha maintenue huit jours produit, en effet, le retour d'accidents aigus.

Retirée après ce temps, elle laisse voir au-dessous d'elle une certaine humidité grisâtre, mais sans fétidité. Nous pratiquons alors l'obturation avec l'amalgame métallique, mais en prenant la précaution d'appliquer dans le point le plus bas de la carie, en dehors du côté de la joue et au voisinage du collet, un petit drain de platine d'un demi-millimètre environ de diamètre, sur lequel est introduit ensuite le métal et qui maintient la communication libre entre le centre de la cavité de la pulpe et l'extérieur.

L'obturation est alors parfaitement tolérée, et le sujet, revu au bout de dix mois, a recouvré les usages du côté correspondant et n'éprouve aucune douleur.

Obs. III. *Carie pénétrante, destruction partielle de la pulpe; cautérisation; périostite chronique; suppuration par le canal dentaire; obturation métallique; accidents aigus; trépanation de la dent au collet; conservation du trajet artificiel; guérison.*

M. de R***, cinquante ans, bonne constitution; diverses caries antérieures.

Vaste carie développée sur la face postérieure d'une première molaire supérieure gauche, au voisinage du collet; douleur remontant à plusieurs mois sous forme de crises passagères. La dernière atteinte dure depuis quatre jours; le sujet a remarqué que, pendant les accès, la dent devenait sensible à la pression, ce qui rendait impossible la mastication sur le côté correspondant; pas de fluxions antérieures.

L'exploration de la carie, assez difficile en raison de son siége, indique la persistance de quelques fragments de pulpe au fond de la cavité, et les signes observés démontrent l'existence d'une légère périostite du sommet.

Cautérisation avec l'acide arsénieux.

L'application a donné lieu à une douleur très-faible, et l'exploration permet de pénétrer plus facilement dans les recoins de la cavité anfractueuse et irrégulière, sans provoquer aucune douleur.

Obturation provisoire avec la gutta-percha, maintenue huit jours.

Au bout de ce temps, aucun accident n'étant survenu, l'obturation métallique est substituée à la gutta-percha.

Quelques jours après, le sujet se plaint de douleurs vives caractérisant la périostite aiguë.

Tentatives d'ablation du métal obturateur restées sans effet, en raison du siége difficilement accessible de la carie.

Nous songeons à ouvrir alors la cavité de la pulpe, par trépanation directe de la dent au niveau du collet. Cette ouverture est pratiquée à l'angle de réunion des faces antérieure et externe de la dent au moyen d'un perforateur à rotation.

Par le pertuis ainsi obtenu, nous introduisons chaque jour une mèche imbibée de laudanum de Rousseau pur.

Les accidents cessent peu à peu.

Une exploration du centre de la dent au moyen d'un stylet très-fin et flexible par l'ouverture artificielle n'amène la découverte d'aucun débris de pulpe.

Nous nous décidons alors à laisser béant le pertuis.

Le sujet, revu au bout de deux années, est resté complétement guéri; sa dent, entièrement insensible, fonctionne au même titre que les autres.

Ces trois observations montrent que la carie dentaire, même à cette période extrême, est susceptible de guérison par l'emploi d'un nouveau moyen, le *drainage permanent* de la cavité de la pulpe. Ainsi se trouvent reculées les limites de la thérapeutique de cette

maladie. Nous pourrions citer un plus grand nombre de faits de ce genre, nous nous bornerons à ces trois exemples, représentant les trois modes différents d'application de la méthode.

CONCLUSIONS.

I. La carie dentaire compliquée de destruction de la pulpe, de périostite chronique avec suppuration constante par le canal dentaire, n'est pas au-dessus des ressources de la thérapeutique.

II. La méthode applicable à ces sortes de cas est le drainage chirurgical, représenté soit par l'établissement d'un tube ou drain de platine au sein de la substance obturatrice, soit par la perforation de celle-ci, soit encore par la trépanation directe de la cavité de la pulpe à travers la couche d'ivoire.

III. La permanence de la guérison a pour condition absolue la persistance de la perméabilité du canal artificiel destiné à permettre l'écoulement constant des liquides produits dans la profondeur de l'organe.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du guarana, nouvel aliment nervin.

Recherches expérimentales par le docteur Paul MONTEGAZZA.

Le café ne nous est connu que de 1615; le thé n'est usité que depuis les guerres entre Boerhaave et Van Swieten d'une part, Sydenham et Etmuller de l'autre; le chocolat était inconnu avant que Fernand Cortez en parlât dans ses lettres à Charles V; le maté (*Ilex paraguayensis*) fut essayé par les Européens dès 1500; le guarana est le dernier venu en Europe, et il a été employé jusqu'alors comme remède rare et curieux, et non comme aliment.

Le café, le thé, le chocolat, le maté et le guarana sont les cinq aliments nervins caféiques les mieux connus; nous devons le premier à l'Afrique, le second à l'Asie, les trois autres à l'Amérique. Tous ces aliments sont amis de la pensée et excitants de la sensibilité; mais aucun n'a l'action de l'autre.

Le guarana n'est connu que depuis un demi-siècle; en 1826, Théodore Martins l'analysait et y trouvait du tannin, de la résine, une huile verte, de la gomme et un principe cristallisable, qu'il ap-

pela le *guaranimus*. Berthelier et Deschâtel reconnurent que le guaranimus n'était que de la caféine; la meilleure analyse que je connaisse est celle de Tromansdorf, qui contient :

Caféine	4
Huile verte	3,5
Matière oléo-résineuse	2,5
Acide tannique et sels	40
Amidon et gomme	16
Ligneux	30

Trousseau et Pidoux font mention de cette substance dans leur *Traité de thérapeutique*.

Le guarana est préparé avec le fruit du *Paullinia sorbilis* (de Martins), appelé par les indigènes *Guarana uvà :* c'est un arbre rampant qui se trouve surtout dans le nord du Brésil, sur les rives des Amazones. On l'obtient de la manière suivante : on pèle le fruit, puis on le torréfie, le réduit en poudre et on le mélange avec de l'eau pour en faire une pâte. Il n'est pas exact, comme l'a dit Debout, et depuis tous les écrivains de matière médicale, qu'on ajoute de l'amidon et du cacao à la pâte.

La forme habituelle du guarana est celle d'un gros cylindre du poids de 200 grammes ; il a une couleur brune roussâtre, semblable à celle du chocolat ; il est très-dur ; il a une odeur aigrelette, une saveur un peu amère, puis agréable de cacao; il est soluble en partie dans l'eau, et sa solution devient d'un jaune-brun ocré.

Je n'ai fait porter mes études que sur cinq variétés de guarana dont je connaissais sûrement la provenance. En Europe, les pharmaciens vendent, sous forme de poussière et sous le nom de paullinia, des préparations dont l'authenticité est très-équivoque ; même le paullinia Fournier n'est pas le guarana pur américain, car ce pharmacien traite les semences torréfiées avec une faible solution alcaline qui enlève le tannin et une partie de l'huile fixe qui forment une sorte de savon, le lave ensuite à l'eau distillée, le dessèche et le pulvérise.

Je recommande chaudement à tous ceux qui veulent employer le guarana comme aliment, de l'acheter en morceaux, tel qu'il vient du Brésil, la poudre pouvant être sophistiquée avec de l'amidon et du cacao. J'ai employé cinq variétés de guarana : trois achetées par moi à Rio-Prato, à Rio-Janeiro, à Salta, dans la confédération Argentine, et deux autres qui m'ont été rapportées par des personnes sûres. Le guarana de bonne qualité coûte, à Rio-Prato, où on le fabrique, 10 francs le kilogramme ; à Rio-Janeiro, 20-24 francs.

Les Indiens de l'Amazone, qui usent le guarana habituellement, le râpent et le trempent dans l'eau ; ils en portent dans leurs voyages pour soutenir leurs forces et pour s'égayer. Comme aliment, le guarana est sans pareil, car il résiste au soleil, à l'humidité, à la putréfaction, au temps, et on peut le boire partout où il y a de l'eau froide. J'ai trouvé encore très-efficace sur les animaux et l'homme un guarana qui avait plus de quarante ans. La boisson de guarana est très-employée par les Européens établis au Brésil ; les riches s'en servent comme tonique, excitant l'intelligence et aphrodisiaque.

L'auteur entre ensuite dans une série d'expériences physiologiques que nous laisons de côté pour arriver aux conclusions.

Conclusions. — Mes expériences, bien qu'incomplètes, permettent du moins d'assigner à cet aliment sa véritable place, à faire apprécier son mérite hygiénique et thérapeutique, à rectifier plusieurs erreurs introduites dans la science par les relations inexactes des voyageurs ou, plus encore, par les spéculations du charlatanisme pharmacologique.

1° Le guarana retarde un peu la putréfaction, et, sans pouvoir être placé parmi les antiseptiques, ralentit le processus putride, probablement grâce au tannin et à l'arome qu'il contient, mais il est bien inférieur au kina.

2° Le guarana ne suspend pas le mouvement des cils vibratiles dans les embryons de la grenouille ; en cela son action ne serait pas du tout identique à celle de la caféine, qui, selon Hope, ralentit le mouvement des cils vibratiles.

3° L'action du guarana sur les infusoires est très-différente selon l'espèce ; ainsi, pendant qu'il laisse vivre et même se développer les monadiens, les bactéries et les vibrions, il en tue beaucoup d'autres d'une structure bien plus complexe, comme les rotifères, les plœsconiens, les colpodes, etc. Les paraméciens, parasites des grenouilles, vivent très-bien et longtemps dans un liquide qui contient beaucoup de guarana.

4° L'écrevisse commune d'eau douce peut vivre très-bien dans l'eau où l'on a délayé du guarana.

5° Le guarana cause sur les grenouilles une action très-violente, et ceci confirme les études d'Albers qui avait trouvé que la caféine produit un tétanos obstiné et général, et qu'elle agit plus sur les animaux à sang froid que sur ceux à sang chaud. Quelques centigrammes donnés à une grenouille suffisent pour qu'au bout de quelques minutes la grenouille reste étourdie et puis devienne très-

excitable; à cette excitation se joint une certaine impuissance à coordonner les mouvements, une certaine rigidité des muscles qui rend le saut plus difficile. A doses plus élevées, le guarana tue les grenouilles par tétanos, ne différant de la caféine que par une action moins forte. Ceci suffirait à enlever la valeur attribuée par M. Hall à la grenouille, dont il a voulu faire un réactif de la strychnine, puisque toutes les substances qui contiennent de la caféine peuvent faire mourir la grenouille par tétanos. Du reste, on sait que Kœlliker a vu aussi l'opium produire des convulsions comme la strychnine, même après l'ablation du cerveau et de la moelle allongée : les grenouilles ressentent l'action du guarana même privées d'encéphale ; quand le médicament est introduit sous la peau, il agit plus énergiquement que par la bouche ou l'anus.

L'action du guarana sur le cœur des grenouilles est très-remarquable : elle en ralentit les mouvements et accroît l'énergie des contractions; elle exerce sur ces batraciens une action plus grande que le café.

On peut dire, d'une manière générale, qu'il agit d'une façon excitante sur les nerfs des vaisseaux et les nerfs des muscles volontaires, action opposée diamétralement à celle de la conicine qui produit immédiatement la paralysie.

6° Sur les lézards, même action que sur les grenouilles : augmentation de la sensibilité, convulsions et tétanos mortel.

7° Sur les poissons, action analogue à celle sur les batraciens et sauriens.

8° Les oiseaux ressentent aussi l'influence du guarana : les moineaux et les passereaux meurent avec 25 centigrammes; un corbeau avec 2 grammes. La mort arrivent par tétanos, et dans le cadavre on trouve une vive congestion du cerveau et une hémorrhagie méningée.

9° Mêmes phénomènes (mort par tétanos) pour les chéiroptères.

10° Les petits cochons d'Inde, avec 20 grammes de guarana, meurent au bout de deux heures, en proie à des convulsions cloniques et toniques qui ne laissent sur le cadavre aucune lésion reconnaissable à l'œil nu.

11° Le lapin peut en prendre 6 grammes sans avoir autre chose que de l'inappétence, un peu de stupeur et quelque torpeur dans les mouvements.

12° Un chien du poids de 3 kilogrammes peut engloutir 30 grammes de guarana, sans présenter autre chose que de la stupeur, de

l'inquiétude, quelques hallucinations et de la bizarrerie dans les mouvements.

13° La dose de 0gr,50 à 4 grammes produit chez l'homme des effets variés qui peuvent se réduire aux suivants : gaieté, inquiétude convulsive, hyperesthésie des sens, exaltation de l'intelligence, insomnie, diminution légère dans les battements du cœur, inappétence, bizarrerie, urticaire, prurigo et spasme de la vessie.

Le guarana favorise le travail intellectuel, et, chez la plupart des hommes, agit avec plus d'efficacité que le thé, le café et le maté. Sa véritable place dans le groupe sympathique des aliments nervins est indiquée dans le tableau ci-dessous :

Aliments nervins.

Famille 1re. — Aliments alcooliques.	Tribu 1re,	fermentés.	
	Tribu 2e,	distillés.	
Famille 2e. — Aliments alcaloïdes..	Tribu 1re	caféiques.	
		guarana.	
	Tribu 2e,	narcotiques.	
Famille 3e. — Aliments aromatiques.	Tribu 1re,	affaiblissants.	
	Tribu 2e,	irritants.	

Dans la tribu des caféiques, les divers aliments se suivraient dans cet ordre pour la moyenne partie des hommes :

Excitation cérébrale.	Digestibilité et innocuité pour l'estomac.	Astringents.
1° Guarana.	1° Thé.	1° Guarana.
2° Maté.	2° Café.	2° Thé.
3° Café.	3° Guarana.	3° Maté.
4° Thé.	4° Chocolat.	4° Chocolat.
5° Chocolat.	5° Maté.	5° Café.

On peut dire que les caféiques ralentissent le mouvement de destruction des tissus et accroissent l'action excito-motrice des nerfs. Ils ont tous le pouvoir d'accroître la sensibilité, d'augmenter l'action excito-motrice des ganglions spinaux et des cellules cérébrales, de leur faire *sécréter* plus de mouvement, plus de pensée, et enfin de produire l'insomnie. Quoique toutes ces actions ne soient que des phases diverses d'un fait unique, elles se fondent harmonieusement dans la vie des nerfs. Pour dormir, l'homme a besoin d'éteindre la sensibilité des nerfs périphériques; pour suspendre l'activité motrice des cellules de la moelle et l'activité permanente des cellules cérébrales, il a besoin de fermer une à une les issues qui, par les yeux, par la peau et l'ouïe, portent aux centres les impressions sensorielles qui, nécessairement, réveillent les mouvements réflexes

des muscles et la genèse réflexe de la pensée. Quand la région centrale du système nerveux ne reçoit plus les courants centripètes destinés à alimenter leur activité, eh bien, toutes ces substances qui diminuent la sensibilité, comme le froid excessif, l'opium, les narcotiques et les anesthésiques, provoquent le sommeil en enlevant à l'activité des centres nerveux les matériaux qui les tiennent éveillés et actifs; au contraire, les caféiques, en augmentant la sensibilité des rameaux nerveux périphériques, envoient au centre une telle foule d'impressions qu'il devient impossible aux cellules nerveuses de reposer et de dormir; voilà pourquoi l'excitabilité musculaire accrue, l'exaltation de l'intelligence et la veille sont des phénomènes produits par une cause unique et qui marchent d'accord. Comme le calme des muscles, la torpeur de l'esprit et le sommeil se tiennent ensemble pour représenter le revers de la médaille. Poursuivons encore : les narcotiques, les anesthésiques sont les vrais contre-poisons physiologiques des caféiques, comme le café, le thé, le guarana, en diminuant et détruisant l'action de l'opium et de l'éther; pour nous, l'inquiétude et l'excitation musculaire produite par les caféiques sont le premier degré de ces convulsions tétaniques qui tuent les grenouilles et les lézards qui ont pris du café ou du guarana, et il est très-probable que l'avenir de la science démontrera comment la strychnine et les strychnées prises à doses curatives peuvent exciter l'action des cellules cérébrales, comment ils sont les plus vigoureux excitateurs des mouvements réflexes des cellules motrices spinales; la théorie du sommeil fondée sur l'action des caféiques et des narcotiques me semble simple, claire et conforme aux lois les plus connues de la vie des nerfs; ici nous ne l'avons qu'esquissée, espérant y revenir après un plus grand nombre d'expériences et de recherches.

Les véritables indications et contre-indications hygiéniques du guarana seraient les suivantes : le prendre à la dose de 2 grammes mêlé au café du matin, pour quiconque travaille d'intelligence et a un peu fatigué son cerveau par une grande tension; le prendre en pastilles pendant la journée et spécialement dans la saison chaude ou les pays chauds, quand on éprouve un certain épuisement de forces, de l'apathie entre le déjeuner et le dîner. En juin et juillet, il n'y a pas de boisson plus salubre, plus excitante qu'une tasse fraîche de guarana; après l'avoir bue, on se sent plus vigoureux, comme si on avait pris un aliment; il est mauvais de prendre le guarana aussitôt après le repas : il peut en résulter de l'incommodité, surtout aux personnes constipées. Ce qui rend le guarana

supérieur à tous les autres aliments caféiques connus jusqu'ici, c'est d'être prêt à toute heure du jour et en toute circonstance; on n'a besoin que de le dissoudre dans l'eau froide, et même on peut le prendre en pastilles sucrées; dans le guarana, nous avons de quoi rendre plus aiguë et plus prompte la sensibilité, au moyen de laquelle la pensée redevient plus active. Le coca (*Erythroxylum coca*) rend plus obtuse la faculté de sentir; il calme l'irritation éréthique des sens excités, et, nous isolant un peu du monde extérieur, il nous fait jouir d'un calme tranquille et restaurateur; à tous ces biens, nous devons ajouter le stimulus discret et tout spécial qu'exerce la feuille bolivienne sur les muscles, au moyen duquel elle nous rend plus facile et moins fatigante toute espèce de mouvements.

L'action du guarana est bien au-dessous de sa valeur hygiénique : si, comme aliment nervin, il occupe le premier rang, comme remède il ne mérite guère qu'une réputation de second ou de troisième ordre; on l'emploie dans la diarrhée de l'enfance; quand on ne peut et ne veut pas donner d'opium, on peut l'essayer dans les diarrhées des adultes dues à des causes diverses, qui ont résisté à d'autres remèdes plus connus et plus sûrs. L'action du guarana dans les migraines est plus certaine et plus prouvée que son efficacité comme astringent; dans un cas comme dans l'autre, les formules de Duchatelus sont encore les meilleures.

Voilà le peu que j'ai à dire de mes expériences et de celles des auteurs sur le guarana; de tous les médicaments qui sortent chaque jour de l'officine du pharmacien, celui-ci n'est ni un prétendant ni un charlatan, c'est un vrai et franc *galantuomo*.

Traduit par Emile Tillot.

(*Annales d'Omodei*, avril 1865.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Emploi du rétroceps dans un accouchement vicieux.

Monsieur et très-honoré confrère,

Répondant à l'appel de mes distingués confrères Hamon (de la Sarthe) et Lambert (de Gœtzenbruck, Moselle), je m'empresse de vous communiquer le résultat d'une application de rétroceps. Possesseur de cet ingénieux instrument depuis plusieurs mois, ayant

lu, relu, et compris, je crois, les observations publiées par l'adroit accoucheur de la Sarthe, j'attendais avec impatience le signal de l'action, lorsqu'il me fut donné dans la nuit du 22 au 23 juillet, et voici dans quelles conditions :

La femme Elise X***, habitant le quartier du Chail, à Saint-Savinien, âgée de vingt ans, forte, bien constituée, ayant eu une grossesse normale, parvenue à terme, ressentit les premiers effets du travail, le 22 juillet, à huit heures du matin. Une sage-femme fut appelée qui reconnut la présentation du sommet. A dix heures, la dilatation s'opérant, la poche des eaux se dessina. Les douleurs devinrent fréquentes, assez fortes, le travail marchait bien. A une heure, les eaux s'écoulèrent. A deux heures, cependant, la tête n'avait pas remué. Toujours très-haute, elle excitait les fonctions du muscle matrice, qui semblait se contracter en vain. On jugea à propos de donner quelques prises de seigle ergoté. Elles furent sans résultat ; les douleurs continuèrent plus fortes et plus rapprochées sans que la tête descendît dans l'excavation. A trois heures, la sage-femme ayant demandé l'assistance d'un médecin, on réclama les lumières de mon confrère de la localité, M. l'officier de santé Hérier. La jeune femme fut mise au bain. A sa sortie, on reconnut que le travail n'avait pas marché. Le sommet, en première position, était toujours au détroit supérieur. C'est alors que l'on en vint au forceps symétrique, qui fut mis, remis, employé à plusieurs reprises, jusque vers les dix heures du soir, toujours avec insuccès.

Reconnaissant alors son impuissance, M. l'officier de santé Hérier réclama, à son tour, la présence d'un honorable confrère de l'arrondissement, médecin très-répandu, qui, je crois pouvoir l'assurer (et je lui en demande pardon, si je me trompe), ne tient pas précisément à passer pour spécialiste. Malheureusement, M. le docteur V. L*** se trouva dans l'impossibilité absolue de montrer ce que l'on devait attendre de son savoir, et trois grandes heures se passèrent à le quérir, pendant lesquelles la jeune femme supportait les rigueurs du décret légendaire *in dolore parturies* [1] A minuit, cependant, mon confrère fit un dernier et suprême effort, aussi stérile que les précédents. La sentence bien connue *labor... omnia vincit*, recevait un démenti formel. Tels furent les renseignements que l'on me donna, chemin faisant, vers une heure du matin, le 23 juillet, en me rendant sur les lieux.

---

[1] M. le docteur V. L*** habite à dix kilomètres environ de Saint-Savinien.

Je me sentis flatté, je l'avoue, d'avoir été mis en réserve, et de pouvoir entrer en ligne au plus fort du danger, alors que cet accouchement prenait une tournure déplorable, qu'une famille était dans la désolation, et que sage-femme et officier de santé se trouvaient dans une impasse sans issue.

Je trouvai la malade réduite par la douleur, physiquement et moralement. A cinq heures du soir, la veille, elle avait parfaitement senti son enfant, qui, depuis, n'avait pas donné signe de vie. Le cas était pressant, et je dus délivrer immédiatement cette jeune femme, sous peine d'avoir à regretter un double malheur.

En explorant les parties, j'écoutai la déposition de M. l'officier de santé Hérier. Je la rapporterai fidèlement, laissant à chacun sa liberté d'appréciation :

Mon confrère avait trouvé une tête haute et très-mobile. Voyant le travail rester stationnaire, les douleurs augmenter sans aboutir, il avait placé à plusieurs reprises le forceps classique, en employant le procédé Hatin, comme lui étant plus familier. Aucune tentative de forceps n'avait été heureuse et l'articulation des branches ne put jamais s'exécuter.

Quant à moi, je trouvai une vulve des plus sensibles, gonflée, œdématiée, un sommet volumineux arrêté, enclavé au détroit inférieur, en position O I G A, et dans une immobilité absolue.

Je reconnus aussi une tumeur séro-sanguine sur le pariétal droit; le relief prononcé dû au chevauchement du bord sagittal de cet os sur celui du côté opposé ; l'effacement presque complet de la fontanelle postérieure et l'élévation de l'antérieure que je ne pus atteindre; ce qui me confirma dans cette idée que la tête, fortement fléchie, ne pouvait plonger dans l'excavation, malgré les contractions de l'utérus qui persistaient, mais en se ralentissant.

Alors, de deux choses l'une : ou la femme avait un rétrécissement du bassin, ou la tête était trop volumineuse. Me rappelant aussitôt plusieurs cas semblables publiés par mon confrère Hamon dans le *Bulletin de Thérapeutique*, l'*Abeille médicale*, etc., entre autres celui d'une tête hydrocéphale extraite fort heureusement, grâce à son instrument, je résolus d'essayer mon rétroceps, bien décidé, du reste, en cas de revers, à perforer le crâne au moyen de l'instrument de M. Blot, pour le saisir ensuite avec le céphalotribe, si besoin était. Je fis comprendre que l'on ne devait plus compter sur la vie de l'enfant et me mis en besogne.

J'introduisis la branche gauche ou basculante avec la plus grande facilité, en la glissant sur la concavité de la main droite

poussée profondément, et je la sentis se loger d'elle-même derrière le sommet.

La branche droite ou pivotante ne prit place qu'après un moment d'hésitation. J'éprouvai un peu de difficulté pour la pousser et j'ai acquis depuis la conviction que, dans mon empressement à terminer l'opération, ma main gauche ne pénétra pas assez loin. Cependant, mes deux cuillers une fois en place, je m'assurai qu'elles saisissaient bien la tête et procédai à leur articulation sur le manche. Je fis pénétrer la branche gauche dans la mortaise qui lui est destinée, en observant la précaution recommandée par M. Hamon, de ne point forcer la vis fixatrice, en lui laissant momentanément un peu de jeu. Ce fut ensuite avec quelque difficulté que je fis pénétrer la tête d'arrêt du pont volant dans le quatrième trou du disque terminal de la branche droite. La difficulté éprouvée, tant pour introduire la branche droite que pour la fixer définitivement, est, bien entendu, relative à la grande facilité que l'on a pour exécuter ces deux temps de la manœuvre avec la branche gauche.

Tout étant bien en place, je poussai la vis fixatrice de la branche basculante et m'assurai de nouveau que la tête était parfaitement saisie.

Alors, protégeant la vulve avec la main gauche, confiant le périnée à la sage-femme et faisant exciter la matrice par des frictions hypogastriques, je me mis en devoir d'exercer des tractions.

Avec deux, trois, quatre doigts fortement fléchis, je fis des tractions énergiques, directement en bas, pour mobiliser la tête et la forcer à descendre dans l'excavation. Rien ne bougea. Saisissant alors le manche à pleine main droite, j'opérai des tractions plus fortes, toujours de haut en bas. Efforts inutiles ! Enfin, laissant la position genou à terre pour me relever entre les jambes de la malade, je saisis de nouveau, à pleine main droite, mon rétroceps, et tirant dans le même sens, sans brusquerie, avec le poignet seul, je déployai une force considérable, méthodiquement progressive, qui vainquit la résistance opposée par le détroit supérieur et entraîna la tête dans le petit bassin. Faisant exécuter ensuite, sans désemparer, à mon rétroceps un mouvement de rotation de gauche à droite, j'amenai l'occiput sous l'arcade pubienne et la tête se dégagea spontanément. Un cri de joie s'éleva de toutes parts; mais il fut malheureusement étouffé à la vue du cadavre d'un enfant magnifique, du sexe mâle, et d'un développement au-dessus de la moyenne. On peut, du reste, en juger par les chiffres suivants :

Longueur totale du corps, 56 centimètres; diamètre occipito-mentonnier, 18 centimètres, au lieu de 13 et demi; diamètre occipito-frontal, 14 centimètres et demi, au lieu de 12 centimètres; diamètre bipariétal, 11 centimètres, au lieu de 9 et demi.

Donc, en moins de cinq minutes, après avoir articulé les branches, j'avais extrait, avec une facilité étonnante, une tête volumineuse, sur laquelle les contractions utérines s'épuisaient en vain sans pouvoir lui faire franchir le détroit supérieur, obstacle dont triompha rapidement le rétroceps. Et je puis, moi aussi, faire la réflexion très-connue : encore un enfant qui eût dû la vie au rétroceps, si l'on m'avait appelé quelques heures plus tôt.

Le lendemain, en recherchant les marques de l'instrument sur le crâne, je trouvai, à peine indiqué, sur les cheveux épais de l'enfant, le passage de la cuiller basculante, que je nommerai dans ce cas occipito-pariétale gauche.

La cuiller pivotante, que j'appellerai corono-pariétale gauche, avait, au contraire, laissé une empreinte linéaire ecchymotique, longue de 2 centimètres, profonde dans son milieu où l'extrémité du bec avait porté, et située au niveau de la bosse frontale gauche. Ce stigmate frontal me confirma dans l'opinion exprimée déjà, que ma cuiller droite n'avait pas été introduite assez profondément.

En effet, poussée plus haut, elle eût embrassé la bosse frontale gauche dans sa concavité et fait son empreinte au-dessus du sourcil. J'attribue à cette position un peu défectueuse, inséparable d'un premier essai, la difficulté éprouvée pour fixer la tête d'arrêt dans les trous du disque.

Tels sont, monsieur et honoré confrère, les détails un peu longs, mais très-exacts, de ma première application du rétroceps. Vous me permettrez de terminer, en vous donnant mon appréciation, basée sur ce seul cas, je l'avoue, mais sur les véritables impressions que j'ai ressenties en me servant de cet ingénieux instrument.

Les cuillers, par leurs petites dimensions et leur légèreté, sont très-faciles à manier.

Une fois introduites et fixées, l'opérateur sent qu'il manœuvre un instrument solide et bien en main; un tout compacte, un organe de préhension des plus puissants. Le rétroceps peut, je crois, en raison de la courbure très-prononcée de ses cuillers et du mécanisme propre à la branche pivotante, être comparé à une main que l'on ferme plus ou moins dans l'utérus, pour saisir la tête sur des points asymétriques, pour la réduire ensuite par la com-

pression sur la ceinture inébranlable de l'arc pubien, et lui faire franchir l'obstacle opposé par le détroit supérieur. La descente de la tête opérée, la demi-rotation de gauche à droite pour amener l'occiput sous le pubis est des plus faciles. Selon moi, elle présente une grande analogie avec la demi-rotation que l'on exécute en manœuvrant une clef de Garangeot armée sur une grosse molaire. Il y a ressemblance parfaite du mouvement à opérer et de la tenue à pleine main de l'instrument.

En outre, je me permettrai de donner le conseil suivant : Lorsque, dans une application du rétroceps, on sera obligé de produire une force de traction considérable (ce qui m'est arrivé), il faudra garnir le manche de l'instrument avec un mouchoir. De cette manière, on évitera la douleur causée par la pression de la paume de la main sur les arêtes du manche du rétroceps, et on agira avec beaucoup plus d'énergie.

En effet, quel est celui de nous qui n'a pas saisi la différence de force que l'on possède avec une clef de Garangeot à manche nu ou à manche garni du mouchoir du patient ? D'un côté, la surface irrégulière du manche de la clef blesse la paume de la main ; de l'autre, cette surface est bien matelassée, l'instrument est bien en main, il s'empoigne facilement et la force déployée est énorme.

Enfin, si le forceps classique, ou céphaloceps, a conduit au céphalotribe et à la céphalotripsie, ne peut-on pas déjà voir poindre à l'horizon obstétrical le rétrotribe et la rétrotripsie ? C'est ce que l'avenir nous apprendra !

Dr Phelippeaux,
Ex-chirurgien de la marine impériale, médecin du chemin de fer à Saint-Savinien (Charente-Inférieure).

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans un des derniers numéros du *Bulletin de Thérapeutique*, il est dit, au sujet des moyens extérieurs employés pour combattre le prurit, que les pommades ne jouissent pas d'une grande efficacité contre les démangeaisons, sauf la pommade au chloroforme et la pommade à la morphine, celle-ci particulièrement, qui substitue à la démangeaison une cuisson moins agaçante que le mal.

Depuis près de vingt ans, je me sers, avec une réussite à peu près constante, d'une pommade préparée avec :

Axonge pure ou camphrée	60	grammes.
Onguent citrin	3	—

Mêlez.

Une petite quantité de ce mélange étendue en couche mince sur les surfaces malades fait cesser le prurit presque immédiatement et pendant plusieurs heures.

L'onguent mercuriel simple ou onguent gris, mélangé avec neuf dixièmes d'axonge, calme aussi les démangeaisons, mais il laisse sur le linge des taches ineffaçables, inconvénient que n'a pas l'onguent citrin étendu dans les proportions indiquées ci-dessus.

Les partisans de l'hypothèse d'animalcules invisibles, dans les maladies cutanées, ne manqueront pas de trouver, dans l'efficacité du mercure contre le prurit, une preuve à l'appui de leur théorie.

Recevez, etc. CHARVET.

Grenoble, le 26 juillet 1867.

BULLETIN DES HOPITAUX.

OBSERVATION DE CORPS ÉTRANGER DANS L'OESOPHAGE [1]. — L***, Ferdinand, trente-cinq ans, enfermé à Bicêtre, depuis 1864, comme halluciné.

Depuis longtemps cet homme a pris l'habitude d'avaler de petits cailloux, dans le but, dit-il, *de refouler des glaires dans l'estomac ;* jamais il n'avait éprouvé d'accident.

Le vendredi 19 juillet, vers cinq heures de l'après-midi, il voulut renouveler cette manœuvre ; la pierre qu'il choisit, beaucoup plus grosse que d'ordinaire, paraît pouvoir être comparée, quant au volume et à la forme, à un gros œuf de pigeon ; il faut d'ailleurs s'en rapporter là-dessus aux indications peu précises du malade lui-même, personne ne l'ayant vu. Quoi qu'il en soit, la pierre s'arrêta à la partie supérieure de l'œsophage, et pendant une heure environ le patient essaya vainement de la rejeter. — Lorsque l'interne de garde fut appelé, l'état était le suivant : le malade respirait assez facilement, et souffrait peu lorsqu'on le laissait en repos ; il avait la sensation du corps étranger vers la base du cou et faisait de temps à autre de violents efforts de vomissement. A l'exploration manuelle, on constatait aisément, en arrière et au niveau de l'extrémité inférieure du larynx, la présence d'un corps dur, oblong et qui paraissait solidement fixé dans ce point. La

[1] Recueillie par M. Depelchin, interne des hôpitaux.

pression exercée à ce niveau déterminait des crises de douleur que provoquaient également les efforts de déglutition. — Le doigt, porté aussi profondément que possible dans la gorge, n'arrivait pas jusqu'à l'obstacle, mais on l'atteignait facilement avec une sonde œsophagienne.

Immédiatement plusieurs tentatives furent faites avec une pince œsophagienne pour extraire cette pierre; mais on ne parvint pas à la saisir. Une seule fois on essaya de la refouler avec une sonde œsophagienne ordinaire et on n'obtint aucun résultat. Comme l'état général ne présentait rien d'inquiétant, on résolut d'attendre au lendemain matin.

Samedi 20 juillet. Les efforts de vomissement ont continué pendant la nuit; rien de changé dans l'état du malade. A son arrivée, M. Tillaux constata ce qui avait été noté la veille. A plusieurs reprises, il tenta inutilement d'extraire le corps étranger avec la sonde de Græfe; l'instrument ne pouvant pas s'engager au-dessous de l'obstacle, M. Tillaux se résolut alors à refouler la pierre vers l'estomac, et la seconde tentative dans ce sens fut suivie d'un succès complet. Le malade manifesta un soulagement immédiat et put boire.

Les suites furent très-simples; il y eut seulement une angine légère qui n'exigea aucun soin.

Un infirmier avait été chargé de surveiller exactement cet homme et d'examiner avec soin les déjections pour retrouver la pierre. Pendant trois jours, il n'y eut pas de selles; aucun accident d'ailleurs. Depuis lors, cet homme continue à se bien porter; il va régulièrement à la garde-robe presque tous les jours, et n'a pas encore rendu son caillou.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Guérison spontanée du cancer. Les cas de guérison spontanée du cancer et des autres tumeurs malignes sont trop intéressants et malheureusement trop rares pour qu'on puisse les laisser passer inaperçus quand ils se présentent.

En ce moment, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Richet, se trouve une femme qui était atteinte d'un cancer du sein droit. La tumeur était considérable et ulcérée près du mamelon; tout autour de cette ulcération la peau présentait une rougeur érysipélateuse; les ganglions de l'aisselle étaient engorgés

La malade habitait la province; son médecin lui conseilla de venir à Paris pour consulter M. Richet.

Elle profita d'un train de plaisir, et arriva très-fatiguée, sans avoir pu être pansée, comme elle en avait l'habitude.

Sous l'influence de cette fatigue ou

de cette absence de pansement, comme le suppose la malade, la tumeur s'est gangrenée, et elle se détache par larges fragments. Depuis cette époque, la peau qui recouvre le sein a repris son aspect normal; le sein lui-même s'est dégorgé, et sauf sur quelques points encore durs, situés vers la gauche de l'ulcération, il paraît souple.

Maintenant faut-il espérer que le sphacèle aura compris toute l'épaisseur et toute l'étendue des productions néoplastiques? Que le cancer sera détruit dans son entier, sans avoir tendance à se reproduire?

On a vu des faits analogues.

M. Richet a présenté à la Société de chirurgie, alors qu'il était encore chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, un malade chez lequel une moitié de la langue, atteinte de cancer, s'était détachée spontanément, au moment où M. Richet méditait une opération pour l'enlever. La moitié saine se cicatrisa, de telle sorte que la pointe touchait à la base. Le malade se servait très-bien du moignon ainsi constitué.

A la Société médicale des hôpitaux, vers l'époque où il était question du docteur Noir, nous avons entendu raconter plusieurs cas semblables, pour lesquels le diagnostic n'était pas douteux, car il avait été posé par les chirurgiens les plus habiles, à propos de tumeurs qui avaient récidivé une fois ou plusieurs.

De là les prétendus succès des médications anticancéreuses. (*Gazette des Hôpitaux.*)

Bons effets de l'oignon cru et du lait dans un cas d'anasarque albuminurique. Un client de M. Trastour, homme de cinquante-quatre ans, chasseur et habitué à la vie des champs, n'avait jamais eu que quelques atteintes légères de goutte, quand, le 15 septembre 1866, ses jambes enflèrent tout à coup, en même temps qu'il survint une douleur au côté droit du ventre et de l'essoufflement. A la date du 18 décembre, notre confrère constatait ce qui suit: œdème considérable des membres inférieurs, du scrotum, de la verge; de plus, épanchement pleural occupant à peu près la moitié de la cavité thoracique droite; respiration courte, parole pénible, figure pâle, lèvres décolorées, souffle carotidien, pas d'appétit, nausées. Rien au cœur, mais il existe de l'albumine dans les urines.

MM. Trastour, Mahot et Letenneur diagnostiquent un diabète albumineux se rattachant à la diathèse goutteuse; ils portent un pronostic fâcheux, et, après avoir usé, sans grand bénéfice, de la digitale, du sulfate de quinine et des pilules de Blancard, ils prescrivent d'un commun accord:

1° Le lait à la dose de 1 à 2 litres par jour;

2° Trois soupes au lait avec un, puis deux oignons crus hachés, à prendre avec la soupe ou dans du pain azyme.

Le malade s'habitua parfaitement à ce régime, quoiqu'il eût vomi l'oignon le premier jour. Les urines devinrent très-abondantes, claires, limpides avec une légère teinte verte. Bientôt l'albumine diminua; les jambes, les bourses désenflèrent rapidement; l'épanchement pleurétique lui-même sembla décroître, malgré une bronchite intercurrente qui nécessita l'emploi d'un vésicatoire et de quelques expectorants. Le 16 février, six semaines après le début du traitement, le malade était désenflé complétement et n'avait plus d'eau dans la poitrine. Mais, pendant le cours de cette complication, le traitement par les oignons avait été réduit de moitié, et l'albumine s'était montrée de nouveau dans les urines. D'un oignon on remonta à deux et l'on conseilla le thé au lait aux repas. La quantité d'albumine diminua, mais celle-ci n'a pas disparu tout à fait. Cependant les forces sont revenues, le malade fait aisément une lieue en se promenant et a repris toutes ses habitudes.

Pour compléter sa narration, M. Trastour ajoute qu'il a recommandé à son client de s'abstenir d'œufs, de crème et de pâtisserie; il lui a fait prendre successivement pendant quelques semaines de l'eau de Vals, de l'eau de Contrexéville aux repas. Ensuite, pour agir dans le sens de l'huile volatile d'oignon que l'analyse a retrouvée dans les urines, et tenir le ventre libre, sans nuire aux fonctions de l'estomac, M. Trastour a prescrit six, huit, dix pastilles de soufre à prendre de temps à autre avant les repas (*Journal de médecine de l'Ouest*, 30 juin.)

Deux cas d'ataxie locomotrice traités par le nitrate d'argent et la faradisation. Ces deux observations, aussi complètes que possible, sont extraites du journal médical de Naples, *Il Morgagni*. La première est celle d'un homme de quarante-cinq ans, puisatier, qui fut pris à l'âge de quarante ans de

douleurs lancinantes dans la jambe droite. Les bains d'Ischia ne lui rendirent aucun service, les douleurs n'en continuèrent pas moins, et vers la troisième année il commença à remarquer de l'incertitude dans sa marche; il eut besoin de s'appuyer sur un bâton. Il ne sentait plus le sol sous ses pieds; il avait cependant conservé toute l'énergie de son appareil musculaire, et s'il avait un point d'appui solide, il pouvait opposer une résistance difficile à vaincre aux efforts qu'on faisait pour étendre ou fléchir ses membres inférieurs. La sensibilité au froid et à la douleur était conservée. L'électricité faisait contracter tous ses muscles; toutefois, elle était sans action sur les muscles de la plante des pieds. Tout mouvement devenait presque impossible quand les yeux étaient fermés.

Le second fait est celui d'une jeune femme de vingt-cinq ans, qui contracta la syphilis dans la première année de son mariage. Elle devint enceinte, accoucha à terme d'un enfant mort; puis elle fut prise, peu de temps après, de douleurs dans les membres inférieurs et au pli de l'aine. Depuis deux ans, elle s'apercevait que sa marche était indécise; elle ne pouvait avancer si elle ne regardait pas le sol. Les accidents augmentèrent, elle dut venir à l'hôpital de la clinique de Naples; tous les symptômes caractéristiques de l'ataxie locomotrice furent constatés. Perte de la sensation du sol, perte du sens d'activité musculaire. douleurs fulgurantes; démarche vacillante, défaut de coordination des mouvements, et conservation de la contractilité musculaire Toutefois, dans cette observation très-détaillée, recueillie avec le plus grand soin, il semble que les douleurs aient été la plupart du temps analogues aux douleurs ostéocopes. Rapprochés l'un de l'autre, ces deux faits sont remarquables au point de vue étiologique. Chez l'homme, l'ataxie doit être rapportée à la profession même qui obligeait à vivre dans des lieux humides; chez la femme, la syphilis semble être la cause de la maladie Tous les deux furent avantageusement modifiés par le nitrate d'argent à l'intérieur et par la faradisation longtemps continuée; ce ne fut là, très-probablement, qu'une rémission, et nous nous associons aux réflexions du docteur Diego Coco: « Ces résultats heureux se maintiendront-ils? Nous voudrions pouvoir l'espérer, mais il est bien à craindre que, le traitement suspendu à la sortie de la clinique, la maladie ne reprenne sa marche envahissante. » (*Annales médico-psychologiques.*)

Tétanos traumatique guéri par de hautes doses de sulfate de quinine et d'opium. Observation recueillie par le docteur Angelo Poma. Une femme opérée pour un cancer du sein présente au septième jour des accidents fébriles qui l'ont craindre une infection purulente; ils sont combattus avec succès par le sulfate de quinine à la dose d'un gramme dans les vingt-quatre heures; cependant l'aspect de la plaie reste peu satisfaisant, la cicatrisation ne marche pas, le pus est de mauvaise nature. Au dixième jour après l'opération, les douleurs surviennent dans le cou, les mâchoires se serrent, on constate un véritable trismus. Le docteur Poma associe à un gramme de sulfate de quinine 30 centigrammes d'opium; la médication est continuée pendant sept jours, sans que les phénomènes se modifient; il survient même de l'opisthotonos. Cependant la fièvre tombe, et l'on peut suspendre le sulfate de quinine; l'opium seul est continué à la dose d'un gramme pendant vingt jours. Enfin, quarante-six jours après l'opération, tout danger a disparu, les phénomènes convulsifs sont enrayés, et la guérison de la plaie est complète.

Le docteur Poma publie une autre observation de tétanos traumatique guéri après l'emploi du même traitement, auquel il associe des applications de chloroforme. Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, qui s'était fait en jardinant une très-légère blessure à l'un des gros orteils. La plaie était cicatrisée, mais elle était encore le siège de douleurs.

Le mal avait commencé par un frisson, suivi d'agitation et de chaleur; puis des tiraillements le long du dos et dans la nuque Dans les vingt-quatre heures, la malade prend 2 grammes de sulfate de quinine, 30 centigrammes d'opium, et on lui fait le long de la colonne vertébrale des onctions avec un liniment chloroformé. Nouveau frisson, chaleur et sueur. pas d'amélioration le jour suivant, même prescription; la dose d'opium est portée à 40 centigrammes. Pas de sommeil la nuit. Au troisième jour, l'accès de frisson et de fièvre manque. On suspend le sulfate de quinine; l'opium à la dose de 60 centigrammes et les lotions chloroformées sont continuées.

Tous les signes du tétanos persistent: trismus, raideur du cou, du tronc, difficulté extrême dans l'articulation des mots. Ce ne fut qu'au dix-neuvième jour que le tétanos céda. L'opium a été continué à 60 centigrammes A partir du vingtième jour, on diminue la dose progressivement et la malade guérit. (*Annales médico-psychologiques.*)

Manie intermittente guérie par le bromure de potassium. Le jeune Anatole est entré dans l'asile de Pontorson il y a deux ans, à l'âge de quatorze ans et demi. Il était alors sujet à des accès de manie intermittente qui étaient très-violents et pendant lesquels cet enfant, d'ailleurs bien élevé, perdait toute espèce de pudeur et tenait les propos les plus obscènes, prodiguait aux sœurs les injures les plus grossières, se livrant à des actes de masturbation, et provoquant le libertinage chez d'autres malades. En d'autres moments, il devenait agité, brisait tout, et mettait ses vêtements en lambeaux.

Pendant longtemps les remèdes ordinaires ont été employés, les bains prolongés, les douches, les révulsifs à la peau, les antipériodiques, et rien n'a réussi.

Le docteur Charrière s'est demandé d'où pouvait provenir chez cet enfant cet état d'excitation dont il était ensuite tout honteux dans les moments de calme. Le cerveau était-il le siége de la maladie? en d'autres termes, la maladie provenait-elle d'une altération des fonctions cérébrales? Évidemment, il y avait perversion, ou plutôt anéantissement de la volonté. L'enfant n'était plus maître de lui, ni de ses paroles, ni de ses actes; dans les siècles d'ignorance, on n'aurait pas manqué de le faire exorciser. — Mais il y avait en outre une tendance au libertinage le plus outré qui prouvait une surexcitation périodique, tant des organes de la génération que de la partie de l'encéphale leur correspondant.

Sachant que le bromure de potassium exerce à la longue une action sédative sur les organes génitaux et leurs dépendances, il soumit à un traitement par cet agent le jeune Anatole.

A la fin d'un violent accès, le 26 novembre 1866, on a commencé l'administration du bromure à la dose de 1 gramme le matin à jeun. Quinze jours après, la dose a été élevée et toujours maintenue à 2 grammes. Les accès n'ont plus reparu. Le 31 mars dernier, sa famille l'a réclamé, le considérant comme guéri. On céda à son désir en prescrivant toutefois un traitement préservatif: 2 grammes pendant le mois d'avril, 1 gramme pendant le mois de mai, et 50 centigrammes en juin. La famille était chargée de tenir le médecin au courant de ce qui arriverait; jusqu'à ce jour aucun accès n'a reparu. (*Annales médico-psychologiques.*)

Action diurétique du tannin. Tout le monde sait que le tannin combat les sueurs profuses; de là à le regarder comme diurétique il n'y avait qu'un pas, et cependant personne ne s'en est occupé à ce point de vue. On emploie l'*uva ursi*, la racine de fraisier et autres qui n'agissent que par leur tannin, et on ne pense pas à un médicament aussi facile à doser que puissant comme diurétique indirect. M. d'Ormay a été conduit à l'emploi du tannin par l'observation clinique.

Voici comment:

En venant de France en Chine en 1859, M. d'Ormay se trouve avoir à bord un homme atteint de fièvre typhoïde avec une tympanite très-forte, persistant malgré les évacuants légers: M d'Ormay connaissait contre cet accident la formule de Beaumé, « poudre de gland de chêne et sirop de Fernel. » Mais M. d'Ormay n'avait point de glands à bord, et il ne lui était pas difficile de comprendre que le tannin devait remplacer le fruit du chêne avec avantage; il fit une potion de 25 centigrammes de tannin avec 30 gouttes d'éther sulfurique pour 120 grammes d'eau sucrée: la tympanite céda en effet; mais, ce qui est remarquable, ce fut de voir en même temps des urines claires et fort abondantes à un malade qui urinait peu et péniblement.

M. d'Ormay a continué, et a obtenu les meilleurs résultats de cette potion dans les maux de reins des hommes de cabinet; dans la période spasmodique des coliques néphrétiques, dans les maladies de la vessie, et jusque dans la chylosurie. L'action de ce diurétique est douce, parce qu'elle est indirecte et n'opère que par la diminution des autres secrétions (*Répertoire de pharmacie*, juillet 1867.)

Du haschisch comme hypnotique. Au mois de juin dernier a été lue par M. Berthier, à la Société

de médecine pratique, une note détaillée sur des expériences instituées dans le but de vérifier l'influence du baschisch comme hypnotique, — expériences très-concluantes et suggérées par le fait que nous allons communiquer.

Un ex-caporal était arrivé de Charenton à Bicêtre en état de manie chronique, avec hallucinations dégénérant en démence : monologues incohérents, loquacité incoercible, agitation sans but, attention presque impossible, perte de la mémoire des faits récents, obtusion de la sensibilité morale, etc. Insomnie datant de plusieurs mois.

Dans l'espérance de calmer la surexcitation nocturne, et après avoir essayé vainement les bains, l'opium, la morphine, la digitale, l'acide prussique, nous prescrivîmes l'*extrait alcoolique de cannabis indica* à la dose de 50 centigrammes... d'emblée. Car nous savions depuis longtemps que nos médicaments n'agissent pas sur nos hommes à Bicêtre comme dans la pratique courante. Le veilleur, le lendemain, nous rapporta que le malade, — après avoir bu son julep, — *était resté anéanti* toute la nuit. L'état physique du maniaque n'avait, du reste, subi aucune altération. Ce fut un éclair. Nous entrevîmes un moyen de procurer le repos nocturne, et nous administrâmes aussitôt le même remède, dans les mêmes conditions, à plusieurs autres aliénés.

C..., ayant continué le traitement pendant quelques jours, ne cessa de dormir parfaitement, les nuits suivantes. Une foule de ses camarades furent soulagés ou guéris par le même procédé.

Voici comment nous avions formulé :

Premier jour. Extrait alcoolique de cannabis indica, 25 centigrammes ; julep gommeux ou café noir léger, 60 grammes ; sucre, q. s.

Mêlez et faites prendre en deux ou trois fois, d'heure en heure, trois heures au moins après le dernier repas.

Deuxième jour. Extrait alcoolique de cannabis indica, 50 centigrammes ; julep gommeux ou café noir léger, 70 grammes ; sucre, q. s.

Troisième jour. Extrait alcoolique de cannabis indica, 75 centigrammes.

Il était rare qu'on fût obligé d'aller à 1 gramme de haschisch.

Ou le remède avait manqué son effet, ou il avait agi suffisamment. On interrompait l'ordonnance, quoi qu'il arrivât.

Le café, ne jouant que le rôle de véhicule, répugne peu ou plaît aux fous qui, on le sait, aiment rarement les drogues ; et l'infusion était trop faible pour neutraliser l'action du haschisch ou exciter le malade. (*Gazette des hôpitaux.*)

Du choix des boissons dans la fièvre typhoïde. M. Miquel, de Tours, vient de publier sous ce titre : *Lettres médicales d'un vétéran de l'Ecole de Bretonneau*, le résultat de sa longue carrière. Nous en extrayons le passage suivant, qui montre le talent d'observation de notre distingué confrère :

M. Miquel voudrait voir proscrire du traitement de la fièvre typhoïde les boissons chargées de substances amylacées ou mucoso-sucrées, et surtout celles qui contiennent des acides végétaux ou autres matières transformables, enfin les boissons fermentescibles, parce qu'il les croit susceptibles de provoquer un surcroît de sécrétion biliaire et capables aussi de devenir un topique des plus aptes à augmenter la confluence de l'éruption et à en accroître les mauvais effets, ce dont il rapporte trois exemples.

Dans un premier fait, on voit l'usage des boissons dites rafraîchissantes et en particulier de la limonade sucrée, amener rapidement des aigreurs, du boquet, des aphthes, etc. ; on remplace ces boissons par des tisanes amères et astringentes, et les accidents disparaissent. Combien de fois, dit M. Miquel, le hoquet persistant qui complique si fréquemment tant de maladies aiguës n'est-il pas dû simplement à l'acidification des substances ingérées dans ces maladies?

Puisque ce sont les boissons légèrement aromatisées, dit M. Miquel, et les plus complétement fermentées qui en santé sont généralement les mieux tolérées par les voies digestives, ce sont aussi celles qui auraient dû être primitivement employées dans la dothinentérie, avec d'autant plus de raison que le public et les médecins eux-mêmes les choisissent dans les indispositions digestives subites. Sans doute que si dans ces cas elles sont préférées sans exception, c'est que l'expérience a appris combien elles sont efficaces. Qui donc, dans une indigestion ou dans un moment d'anxiété précordiale gastralgique, oserait donner de la limonade ou de l'eau de

groseille, de gomme, d'orge et autres analogues aussi indigestes?

Instruit par Broussais praticien, et non par Broussais professeur, M. Miquel affirme que, depuis son début dans la carrière médicale, il n'a jamais eu à regretter le choix des boissons légèrement théiformes peu sucrées, ainsi que de celles qui se prêtent peu à la fermentation. Il lui est arrivé bien des fois de voir les confrères auxquels il était adjoint rester étonnés en l'entendant préférer les boissons dites excitantes à celles qu'on regarde comme douées des propriétés opposées, parce qu'on ne tient pas compte de l'altération que subissent dans l'estomac les boissons acidifiables, et du fâcheux effet qu'elles produisent, par cela même, sur l'éruption et ses suites, tandis que les *infusions* légèrement aromatisées par le tilleul, la feuille d'oranger, la camomille, le réséda, le cassis, ne se dénaturent pas, restent telles qu'elles sont ingérées, et, par conséquent, n'acquièrent pas de propriétés capables de provoquer la sécrétion biliaire et encore moins de devenir un topique nuisible pour l'éruption intestinale. M. Miquel ne répugne pas à donner de l'eau aromatisée par quelques gouttes d'infusion légère de café ou de thé, quelques gouttes d'eau-de-vie ou de rhum, un peu de bière mélangée avec cinq ou six fois autant d'eau sans addition de sucre, lesquelles lui ont donné souvent des résultats merveilleux.

Une des boissons que l'auteur des *Lettres médicales* ne veut pas omettre de signaler est la suivante :

Dans de l'eau légèrement sucrée, aromatisée par quelques gouttes de teinture d'écorce d'orange, on verse un tiers ou la moitié d'eau de Seltz, ce qui fait une boisson agréable que les malades prennent pour de la limonade et qui n'en a pas les inconvénients. Quand M. Miquel veut donner de l'eau de riz et de pavot, il fait d'abord sa décoction de pavot, puis il ajoute le riz et ne laisse l'eau en contact avec le riz que le temps nécessaire pour que l'eau enlève au riz le principe astringent qu'a pu lui céder son écorce; il masque ensuite le goût de ce principe par l'infusion de quelques feuilles d'oranger.

Hématurie arrêtée par des bols de copahu et de cubèbe. Chez un jeune homme de vingt-cinq ans, de constitution lymphatique, mais robuste et vigoureux cependant, le perchlorure de fer employé à l'intérieur n'amena aucun résultat, et le ténesme vésical, qui avait paru en même temps que l'hémorrhagie, devint bientôt si douloureux et si atroce, que le malade résistait pendant plusieurs heures au besoin d'uriner. Croyant, d'après cela, à une inflammation de l'urèthre, malgré le peu de *douleur* en dehors de la miction, M. Méran eut recours aux bains généraux, aux boissons délayantes, à l'opium et au camphre : il n'y eut pas la moindre amélioration. Malgré l'insignifiante apparence au début et la cessation actuelle de la blennorrhagie, notre confrère crut utile d'administrer des bols de copahu et de cubèbe. Dès que son malade eut pris quelques-uns de ces bols, la strangurie disparut, et, le lendemain, la perte de sang, qui avait oscillé jusque-là, à chaque émission, entre 100 et 150 grammes, ne consistait plus qu'en un suintement presque insignifiant. M. Méran estime qu'on pourrait rapprocher cette observation d'un fait analogue à l'occasion duquel un médecin italien recommandait comme tempérante la poudre de poivre noir à haute dose. Il est vrai qu'il y a eu ici, conjointement, du copahu de pris; mais M. Méran pense que l'organisme nerveux, qui était porté à un si haut degré dans le cas actuel, a cédé en partie au premier de ces agents thérapeutiques.

Dans la discussion qui a suivi l'exposé de cette observation, M. Desgranges a cru devoir attribuer, au contraire, au copahu le résultat constaté.

« Évidemment, a-t-il dit, l'hématurie est le produit, le plus souvent, d'une lésion grave de texture ou d'une inflammation des reins (néphrite, calcul, carcinome, etc.), mais parfois aussi elle forme à elle seule tout l'état morbide. C'est alors l'hématurie dite essentielle, et qui est la conséquence d'un *molimen hæmorrhagicum* qui se porte seulement sur la muqueuse vésicale. Dans les pays chauds, la vessie rencontre aussi un grand nombre de causes qui favorisent sa congestion, et s'il vient s'y greffer une disposition intermittente, on conçoit très-bien que le sulfate de quinine doive réussir et réussisse en effet. Quand il n'y a que congestion sanguine, et, par suite, nuance particulière de phlegmasie, les balsamiques doivent être employés, et c'est à eux qu'il faut demander les bénéfices de la cure. Parmi ces agents thérapeutiques, il faut distinguer le baume de copahu, qui a des propriétés

particulières contre la phlegmasie de la muqueuse vésicale. » (*Union médicale de la Gironde.*)

De l'efficacité du chloroforme dans le traitement de la pneumonie. Il y a dixsept ans déjà que Bucherer et Baumgartner, et plus tard Varrentrapp et Clément, préconisèrent les exhalations de chloroforme dans le traitement de la pneumonie. Smoler, de Prague, et Skoda, de Vienne, en ont obtenu de bons effets. Le docteur Valentini, de Berlin, pratique largement cette méthode, et voici comme elle est exposée par M. Jausen, médecin militaire belge :

Le *modus faciendi* auquel M. Valentini a recours est le suivant : il verse une très-légère quantité de chloroforme (de 20 à 30 gouttes) sur un petit tampon d'ouate, qu'il retourne ensuite de façon à ce que la partie mouillée occupe le centre. On rapproche le tampon des narines et on l'en éloigne alternativement pendant vingt à trente minutes, de façon à favoriser le mélange de l'air atmosphérique et des vapeurs anesthésiques, jusqu'à ce que la somnolence se manifeste. Du moment où le malade se réveille complètement et dès que les symptômes douloureux reparaissent, c'est-à-dire habituellement au bout de deux ou trois heures, ou répète l'inhalation.

Cette médication est continuée aussi longtemps que les oppressions reparaissent.

Il est bon de soulever légèrement le malade pendant les inhalations, sinon, par suite des inspirations profondes, les vapeurs de chloroforme détermineront une action irritante et occasionneront la toux. L'action bienfaisante se fait sentir d'autant plus vite que cette précaution a été mieux observée. Les douleurs pleurétiques, habituellement si fréquentes dans ces affections, cessent d'abord, et la respiration, de courte, irrégulière et précipitée qu'elle était, devient plus calme.

Les inhalations n'exercent pas de prime abord une action manifestement calmante sur la toux, car bien souvent, au contraire, celle-ci augmente légèrement au commencement de la médication. Toutefois, elle diminue ensuite d'intensité, et si elle persiste, c'est au moins d'une façon supportable.

Les symptômes cérébraux (céphalalgie, délire, insomnie) diminuent sensiblement, et les sécrétions deviennent toutes plus faciles et plus abondantes.

« Puisque, dit M. Valentini, l'on est en droit d'admettre que la pneumonie n'est si terrible que par les symptômes douloureux qui l'accompagnent, il faut accorder la plus grande valeur à un médicament si puissant et exempt de danger.

« L'on craint trop l'emploi du chloroforme, qui n'est dangereux qu'administré par des individus inexpérimentés. »

Comme nous l'avons dit plus haut, la dose à laquelle notre confrère a recours est si petite, si inoffensive, que l'on peut sans crainte, dans la pratique privée, charger une garde-malade de son administration.

N'est-ce pas du reste le traitement auquel certains médecins ont recours pour combattre les névralgies pendant la grossesse, les accidents hystériques, l'asthme et l'emphysème pulmonaire?

Au point de vue physiologique, il est aisé de démontrer l'efficacité du chloroforme dans la pneumonie.

« L'anesthésique, dit M. Valentini, agit d'abord sur le système nerveux, en calmant l'irritation et la douleur, puis en enrayant la fièvre. Tout en régularisant la respiration par son action calmante sur les points pleurétiques, il calme la dyspnée et les spasmes. Le pouls accéléré devient plus ample, plus large, la peau se couvre d'une douce sueur, les reins fonctionnent énergiquement, la sécrétion pulmonaire s'établit; en un mot, une détente générale et salutaire se produit, et il se déclare dans l'organisme une tendance au repos. Grâce à cette action manifeste, non-seulement les symptômes inflammatoires sont enrayés, mais les complications sont prévenues. »

La confiance de M. Valentini dans ce traitement est très-grande; toutefois il conseille de ne pas l'employer chez le vieillard ni chez l'enfant. Chez le premier, l'inflammation atteint de préférence les parties supérieures du poumon, et, dans ces cas, la douleur est peu marquée. Chez le second, il est très-difficile de le pratiquer, parce qu'il s'y refuse obstinément aussi longtemps qu'il conserve connaissance. (*Annales de médecine de Gand.*)

VARIÉTÉS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Le 14 août a eu lieu la distribution des prix à la Faculté de médecine de Paris. M. Béhier a prononcé l'éloge du professeur Rostan.

En racontant la vie et les travaux d'une des gloires de l'école de Paris, du fondateur de la doctrine organicienne, M. Béhier a su retracer avec vigueur l'état des doctrines médicales au moment du triomphe de la doctrine physiologique, et a exposé avec une grande vérité les principes fondamentaux de l'organicisme. La tâche était difficile et des plus délicates, mais M. Béhier a su montrer qu'il était à la hauteur de la mission que lui avait confiée la Faculté. Qu'il nous soit permis d'associer nos félicitations aux applaudissements qu'a recueillis l'orateur.

Prix Corvisart. — M. Malassert.

Prix Montyon. — Encouragement : 200 francs à M. Nicaise, 200 francs à M. Vacher.

Prix Barbier. — M. Guyon, agrégé de la Faculté, pour une nouvelle méthode de la céphalotripsie intra-crânienne.

Mention honorable. — M. le docteur Collongues pour un pneumoscope ; M. le docteur Godefroy, de Versailles, pour un lit mécanique.

Prix Châteauvillard. — Prix de 1,400 francs à M. Lancereaux pour son *Traité de la syphilis* ; mention honorable de 600 francs à M. Prévost et Cotard pour un ouvrage sur le ramollissement cérébral.

Mention honorable à M. Leroy d'Etiolles pour son ouvrage sur la gravelle.

THÈSES RÉCOMPENSÉES.

Première classe hors ligne (médaille d'argent). — M. Damaschino : « Des différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants. »

Deuxième classe (médailles d'argent). — M. Legros : « Des tissus érectiles et de leur physiologie ; » M. Cocteau : « Recherches sur les altérations des artères à la suite de la ligature ; » M. Mougeot : « Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affection des nerfs ; » M. Bouchard : « Étude sur quelques points de la pathogénie des hémorrhagies cérébrales. »

Troisième classe (médailles de bronze). — M. Hemey : « De la péritonite tuberculeuse ; » M. Schaak : « Quelques remarques sur la staphyloraphie ; » M. Rabuteau : « Étude expérimentale sur les effets physiologiques des fluorures et des composés métalliques en général ; » M. de Montfumat : « Études sur les polypes de l'utérus ; » M. Besnier : Recherches sur la nosographie et le traitement du choléra épidémique, considéré dans ses formes et ses accidents secondaires ; » M. Allix : « Étude sur la physiologie de la première enfance. »

Quatrième classe (mentions honorables). — M. Louvet : « De la périostite phlegmoneuse diffuse ; » M. Vérité : « De la guérison des fractures du rocher ; » M. Viger : « Considérations sur les maladies générales ; » M. Pelvet : « Des anévrysmes du cœur ; » M. Blanc : « De l'action du soufre et des sulfureux dans le traitement de la syphilis ; » M. Bonnefin : « Des brûlures spécialement étudiées au point de vue de l'agent qui les a produites, de leur date, de leur durée ; » M. Roques : « Considérations sur la superfétation ; » M. Tripier : « Du cancer de la colonne vertébrale et de ses rapports avec la paraplégie douloureuse. »

Congrès médical international de Paris.

Le 16 août, à deux heures, s'est ouvert, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, le congrès médical. Une foule immense de médecins français et étrangers des pays les plus divers remplissait la salle, qui était décorée pour la circonstance. Dans une allocution chaleureuse, M. Bouillaud, président du comité d'organisation, a souhaité la bienvenue à ces représentants de la médecine universelle et a salué cette ère nouvelle des congrès qui, en fortifiant la confraternité médicale internationale, favorise les progrès de la science et recule les barrières de la barbarie.

Immédiatement, le Bureau a été constitué de la manière suivante, aux acclamations de l'assemblée :

Président : M. Bouillaud.

Vice-présidents : Professeur Virchow, de Berlin ; professeur Halla, de Prague ; professeur Lambl, de Kharkoff; docteur de Méric, de Londres ; professeur Palasciano, de Naples ; professeur Vleminckx, de Bruxelles ; professeur Bérard, de Montpellier ; professeur E. Gintrac, de Bordeaux ; baron Larrey, de Paris ; docteur Ricord, de Paris ; professeur J. Roux, de Toulon ; professeur Teissier, de Lyon.

Secrétaire général : M. Jaccoud.

Secrétaire trésorier : M. Vidal.

Secrétaires des séances : MM. Bricheteau, Ball, Cornil, Desnos, Henri Gintrac, Proust.

Puis, M. le président proclame les noms des délégués divers présents à la séance.

DÉLÉGUÉS DES GOUVERNEMENTS :

Bavière : Professeur Seits, de Munich. — Belgique : Professeur Crocq, de Bruxelles. — France : Professeur Denonvilliers, de Paris. — Portugal : Professeur Barbosa, de Lisbonne. — Prusse : Professeur Frerichs, de Berlin.

DÉLÉGUÉS DES SOCIÉTÉS SAVANTES :

Société des sciences médicales de Lyon : Docteur Chatin.

Société de médecine de Bordeaux : Les docteurs Sarraméa, Duhreuilh fils, Bouvet, Rozier, Méran, Delmas.

Société médicale de Londres : Docteur de Méric, membre du Collége royal des chirurgiens.

British medical Association : E. Hart, rédacteur en chef du *British medical Journal*, son organe.

Académie de médecine de Turin : Professeur Demaria, professeur G. Borelli, docteur Rizzetti.

Association générale des médecins italiens : Docteur P. Castiglioni, docteur Galligo, vice-présidents.

Comité médical de Chieti : Professeur de Meis, de Bologne.

Société impériale de médecine de Constantinople : Docteur Fauvel, de Paris.

Association médicale américaine : Docteur Brinswade, de New-York ; professeur Brown-Sequard, de Boston ; docteur Fordyce Barker, de New-York ; docteur Tyler, du Massachusetts ; docteur Pinckney, médecin de marine ; docteur Pope, du Missouri ; docteur John Hart, de New-York ; docteur Wilson Jewel, de Pensylvanie.

Société médicale de l'Etat de New-York : Professeur Dalton, docteur Fergusson, docteur Drurs, professeur Hutchinson, professeur Alden March, docteurs Stains, docteur Thompson.

Académie de médecine de New-York : MM. les docteurs Fordyce Barker, Smith et John Dalton, membres de ce corps savant.

Collége des médecins et Conseil de santé de Philadelphie : MM. les docteurs W. Lewis, Norris et Wilson Jewel.

Société médicale du Kentucky : MM. les docteurs Th. E. Jenkins, Lawrence, Smith et Yardell.

Société médicale du district de Suffolk (Massachusetts) : MM. les docteurs F. Brown Cowledge, Cuolman, Tyler, Stearn, Upham, de Boston.

Université de la Louisiane : Professeur Tobias Richardson.

Société médicale du Rhode-Island : Docteur Collins, de Providence.

Société médicale du comté de Johnson (Iowa) : Docteur W. Vogt.

Collége médical de San-Francisco : Docteur Logan.

Société médico-américaine de Paris : Docteur Johnston.

La discussion des questions inscrites au programme a commencé le même jour. Nous ne donnerons pas un résumé des lectures nombreuses qui ont été faites et des discussions brillantes et parfois passionnées qui se sont produites : cette tâche incombe à la presse quotidienne qui, je me plais à lui rendre cet hommage, s'en est acquittée avec zèle et dévouement ; nous nous bornerons à tenir nos lecteurs au courant de toutes les questions relatives à la thérapeutique qu'a traitées le congrès, parmi lesquelles nous signalerons, dès aujourd'hui, la discussion sur la seconde question du programme : « Des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales ; » et, en dehors du programme : la communication de M. Polli, sur les sulfites ; de M. Marchal de Calvi, sur le traitement de la phthisie pulmonaire ; de M. Crocq, sur le traitement de la néphrite parenchymateuse, etc., etc.

Le 24 août, un banquet a réuni au Grand-Hôtel cent cinquante convives, parmi lesquels a régné la plus franche cordialité. Au dessert, des toasts ont été portés par M. Bouillaud au premier congrès médical international ; par M. Palasciano, de Naples, au président du congrès ; par M. Teissier, de Lyon, au comité organisateur ; par M. Jaccoud, à la science cosmopolite ; par MM. Hart, de Londres, et Galligo, de Turin, au corps médical français.

Dans la dernière séance, tenue le mercredi 28 août, il a été décidé qu'un premier congrès international aurait lieu en Italie ; puis, le prix fondé par le congrès médical de Bordeaux, pour le meilleur travail présenté au congrès international, a été décerné à M. le docteur Bourgade (de Clermont-Ferrand), pour son travail sur les accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales.

Une touchante allocution de M. Bouillaud, couverte d'applaudissements, a terminé ce congrès, qui fera époque, puisqu'il a créé entre tous les membres de la grande famille médicale universelle des liens qui ne feront que se resserrer.

Par divers décrets, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Claude Bernard (de l'Institut).

Au grade d'officier : MM. Berthelot, professeur au Collége de France ; d'Archiac, professeur au Muséum ; Jules Béclard, de l'Académie de médecine ; docteur Caffe, un des doyens de la presse médicale ; Clerc, médecin-major, en retraite.

Au grade de chevalier : MM. Rousselin, inspecteur général du service des aliénés ; Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Hélie, direc-

teur de l'Ecole de médecine de Nantes; Leudet, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen; Patin, directeur de l'Ecole de médecine d'Alger ; docteur Leroy d'Etiolles (Raoul) ; docteur Companyo ; Bourhier, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin ; Jaisson, médecin de l'hospice de Mouzon ; d'Astros, médecin en chef des hôpitaux de Marseille ; Faucon du Quesnay, médecin adjoint des hôpitaux de Caen ; Carof, médecin de l'hospice civil de Brest ; Pagès, médecin en chef de l'hôpital d'Alais ; de Lourmel de la Picardière, médecin en chef de l'hospice de Châteaubriant ; Roussel, médecin en chef de l'hospice de Saint-Chély ; Thomas, chirurgien en chef de l'hôpital de Nevers ; Belloc, directeur médecin de l'asile public d'aliénés d'Alençon ; Livois, ancien chirurgien de la garde nationale de la Seine ; Auzouy, directeur médecin de l'asile d'aliénés de Pau.

Au grade de grand officier : M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur.

Au grade d'officier : MM. les docteurs Jules Guyot, Alexandre, médecin des épidémies à Amiens ; Lambron, médecin de Luchon.

Au grade de chevalier : MM. Berrier-Fontaine, médecin par quartier de l'Empereur; Baillet, professeur à Alfort ; Desquibes, membre de la commission d'hygiène et de salubrité du 15e arrondissement à Paris ; Faux, médecin des épidémies à Doullens ; Lahesque, médecin des épidémies à Agen ; Silve, médecin inspecteur des eaux thermales de Digne; Thibault, membre du comité d'hygiène et de salubrité du 2e arrondissement de Paris.

Au grade de commandeur : M. Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

Au grade d'officier : MM. Béhier, médecin de l'hôpital de la Pitié ; Bolu, Fornet et Latour, médecins-majors de 1re classe ; Merche, vétérinaire principal.

Au grade de chevalier : MM. Ameuillé, médecin du Bureau de bienfaisance du 2e arrondissement de Paris ; Lombard, chirurgien-major de la garde nationale ; Jouhe, ancien chirurgien militaire ; Glory, ancien chirurgien militaire ; les docteurs Pollini, Crevrel, Briet, Jutaux, Widal, médecins-majors de 1re classe : Remy, Mathéon, Duprat, Grimaldi, médecins-majors de 2e classe ; Roucher, pharmacien principal de 2e classe ; Dacam, Ligny, Poncet, Fégre, Imberton, vétérinaires.

Mort de M. Velpeau. — Encore une des gloires de la chirurgie française qui vient de disparaître. M. Velpeau, professeur de clinique à la Charité, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, a succombé le 24 août à une courte maladie. Quelques jours auparavant, il faisait sa visite à l'hôpital avec ce zèle infatigable qui ne s'est pas une seule fois démenti pendant quarante ans, et l'on peut dire que M. Velpeau a été le maître de plus de la moitié des chirurgiens et médecins qui exercent actuellement dans notre pays. Sa mort est un deuil pour la grande famille médicale française.

Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'une foule immense. Les cordons du char funéraire étaient tenus par MM. Chevreul, de l'Institut; Tardieu, président de l'Académie de médecine ; Husson, directeur de l'Assistance publique ; Laugier, professeur à la Faculté. Quels honneurs plus dignes pouvaient être rendus à celui qui, né dans une position humble et sans fortune, ne dut sa haute position qu'à son travail ! Heureux le pays où l'on peut dire : A chacun selon ses œuvres.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi de la noix vomique contre la dysentérie et contre les paralysies dysentériques;

Par le docteur D. DE SAVIGNAC.

Parmi les maladies, autres que celles de l'encéphale proprement dites, qui sont le plus fréquemment accompagnées ou suivies de paralysies du mouvement ou *acinésies*, il faut compter la dysentérie.

La paralysie dysentérique, dont j'ai fait une étude spéciale, offre, comme traits particuliers : de se manifester plutôt dans la période chronique que dans la période aiguë de la maladie; d'affecter de préférence les membres inférieurs, ou du moins de commencer ordinairement par là; de prendre en quelques cas une marche progressive, qui la généralise, et lui fait en dernier lieu envahir les muscles auxiliaires de la respiration ; les malades alors périssent par impuissance respiratoire ou par suffocation.

Je considère la paralysie dysentérique comme une extension de la paralysie intestinale, qui, pour moi, est l'un des éléments principaux de la dysentérie. Dans le traité que j'ai publié sur cette maladie (1), je me suis efforcé de démontrer que sa cause prochaine a pour point de départ une lésion de la moelle épinière, qui paralyse les nerfs excito-moteurs de la couche musculeuse du gros intestin, ainsi que les nerfs vaso-moteurs des capillaires répandus dans sa membrane muqueuse. D'après cette manière de concevoir le génie propre de la dysentérie, ses principaux phénomènes et les modifications que lui impriment les médications favorables s'expliquent incomparablement mieux que par toute autre conception pathogénique. En outre, plusieurs symptômes, jugés par induction, au début surtout de la maladie, semblent vraiment concorder avec une paralysie intestinale; telles sont : la suspension, non de la sécrétion, mais du cours de la bile dans l'intestin ; la rétention des matières fécales; l'excrétion, non de ces matières, mais d'un exsudat spécifique, résultant lui-même en grande partie de la paralysie vasculaire; et enfin, cette paralysie anale, évidente, qui autorise bien un peu à admettre qu'elle part de plus loin ou qu'elle remonte plus haut.

(1) *Traité de la dysentérie*. Paris, Victor Masson et fils, 1863.

On comprend que c'est dans mon *Traité de la dysentérie* qu'il faut chercher le développement et la justification de ces idées, dont je ne puis donner ici qu'un aperçu très-succinct. Toutefois, elles restaient à l'état de théorie attendant sa démonstration, lorsqu'un fait remarquable est venu me la fournir et révéler qu'une lésion manifeste de la moelle épinière peut effectivement coexister avec une dysentérie grave compliquée de paralysie extérieure du mouvement.

Voici ce fait, dont j'abrége les détails cliniques, pour n'insister que sur la lésion rachidienne découverte après la mort :

Un soldat d'artillerie de marine entre dans ma clinique, à l'hôpital maritime de Toulon, au mois de février 1865, atteint d'une dysentérie chronique contractée au Mexique. Son état, compliqué d'anémie et de cachexie, est grave ; il a plusieurs garde-robes séreuses chaque jour, et se plaint d'une faiblesse musculaire générale, qui attire mon attention, et est bientôt reconnue pour une paralysie diffuse commençante. La sensibilité est partout conservée.

Le traitement semble d'abord influencer favorablement les symptômes intestinaux ; mais il n'en est pas de même de la paralysie, contre laquelle tout échoue, la noix vomique comme les autres moyens, et qui fait de rapides progrès. La motilité des membres s'anéantit ; finalement, survient une dyspnée, qui prend en peu d'instants des proportions inquiétantes ; et la mort termine, au bout d'une heure d'angoisse, une scène de suffocation, que nul remède, antispasmodique, excitant ou révulsif, ne parvient à conjurer.

A la nécropsie, des lésions importantes sont constatées dans la moelle. Le renflement cervical est le siége d'un ramollissement blanc, sans injection sanguine, constituant la matière qui le forme en diffluence légère. Au-dessus et au-dessous du renflement cervical, dont les émergences nerveuses ne participent pas au ramollissement, le cordon rachidien offre son aspect et sa consistance ordinaires. Dans le renflement lombaire ou crural, ramollissement bien plus considérable encore ; en cet endroit la moelle, après incision de ses enveloppes, se montre en pleine diffluence, blanche, sans mélange de sang. Ce ramollissement se propage, quoique à un moindre degré, un peu au-dessus du renflement lombaire, et beaucoup au-dessous, en intéressant jusqu'aux nerfs terminaux formant la *queue de cheval*.

On trouve dans le gros intestin les lésions caractéristiques de la dysentérie chronique, non arrivée, toutefois, au point de faire

conclure à son incurabilité. Rien de notable dans les autres organes. C'est donc exclusivement la lésion rachidienne qui a déterminé la mort.

Ultérieurement, un autre malade succomba, dans ma clinique, aux suites d'une dysentérie aiguë, compliquée de paraplégie; et l'on trouva, à la nécropsie, un commencement de ramollissement et une assez forte injection sanguine du renflement lombaire de la moelle épinière.

L'importance de ces deux faits, du premier surtout, ressort d'elle-même; il s'agit maintenant d'en rechercher de pareils, et, pour cela, de ne point négliger, comme on est trop porté à le faire, l'inspection de la moelle dans les nécropsies. Des paralysies aussi caractérisées que celles qui se groupent au fond et autour de la dysentérie, si l'on peut ainsi dire, ne peuvent pas être des paralysies purement fonctionnelles. J'en dirai autant de celles qui se développent sous l'influence des coliques sèches, et dont les remarquables analogies avec les paralysies dysentériques doivent nous arrêter un instant.

J'ai signalé (*ouvrage cité*) l'existence de connexions incontestables entre la dysentérie endémique des pays chauds, et la colique sèche qui règne à côté d'elle dans les mêmes contrées. Ces connexions, aperçues par Sydenham et par Stoll, ont été oubliées ou méconnues depuis ces deux grands observateurs. Du point de vue auquel j'en ai repris l'étude, j'ai été conduit à penser que la cause prochaine de la colique sèche agit aussi sur le cordon nerveux rachidien, puis sur les nerfs splanchniques qui animent l'intestin, pour aboutir à une paralysie éminemment douloureuse de cet organe, mais sans exsudat, à l'inverse de ce qui a lieu dans la dysentérie, et, par suite, avec suspension de toute évacuation alvine. Mais, bien plus évidentes encore que la parenté étiologique, les paralysies concomitantes et consécutives viennent bientôt révéler l'un des liens qui unissent la colique sèche à la dysentérie. Quoique ces paralysies soient plus fréquentes et plus accusées dans la colique sèche que dans la dysentérie; quoiqu'elles semblent porter de préférence, dans la première de ces maladies, sur les membres thoraciques, dans la seconde, sur les membres pelviens, il est des cas où elles se comportent de la même manière, amènent les mêmes conséquences et envahissent les puissances musculaires de la respiration, comme j'en ai récemment rapporté deux exemples (*Union médicale*, 3 août 1867).

Enfin, le même agent thérapeutique devait convenir dans ces

deux catégories de paralysies, nées, sinon d'une même lésion, du moins d'une lésion du même organe nerveux, auquel cet agent, qui n'est autre que la noix vomique, adresse de si puissantes sollicitations. Il nous reste maintenant, et conformément à l'esprit de ce recueil, à traiter avec plus de détail cette question thérapeutique.

La noix vomique intéresse doublement dans l'histoire de la dysentérie, parce qu'elle peut être invoquée, et pour exciter la contraction musculaire, et pour modifier le flux dysentérique lui-même.

La noix vomique a été recommandée, dans le traitement de la dysentérie, par Hargstrom, médecin suédois, par quelques médecins allemands, et, entre autres, par Hufeland. Plus récemment, le docteur Geddins, de Baltimore, l'a préconisée de nouveau, déclarant en avoir retiré, sans réussite constante toutefois, les résultats les plus avantageux. Ces observateurs attribuent à la noix vomique la propriété de calmer, de faire cesser même les tranchées et le ténesme, de diminuer le nombre des évacuations et d'en modifier le caractère ; enfin, de concourir sérieusement à la guérison de la maladie. Diverses préparations de noix vomique ont été employées par eux dans ce but : l'extrait alcoolique, la poudre, les sels de strychnine.

Des essais comparatifs auxquels je me suis livré, il est résulté pour moi l'opinion que la préparation la plus favorable est la poudre de noix vomique, s'il s'agit d'agir particulièrement sur l'intestin, de lui rendre sa contractilité, de diminuer le nombre et de changer la nature vicieuse des évacuations. J'associe avec avantage à la poudre de noix vomique la poudre de cannelle, dont les propriétés *échauffantes* et toniques conviennent si bien à la répression des flux chroniques de l'intestin. Lorsque j'ai en vue d'attaquer la paralysie consécutive des membres, je donne la préférence à l'extrait alcoolique, qui est alors plus franc et plus prompt dans son action. Les sels de strychnine, moins faciles à manier, à cause de leur énergie, que les deux préparations précédentes, ne m'ont point paru avoir de supériorité marquée contre les paralysies consécutives, et encore moins contre les symptômes intestinaux.

La strychnine pure, substance dangereuse, vu son insolubilité et, par suite, l'incertitude, l'inégalité de ses effets, le risque de son accumulation, je la repousse ici comme partout. Enfin, je réserve la teinture alcoolique de noix vomique comme médicament externe, mitigée par 4 à 8 parties de baume de Fioravanti, pour servir en

frictions, soit sur l'abdomen, soit, et plus souvent, sur les membres paralysés.

J'ai donné la poudre de noix vomique, à l'intérieur, progressivement, depuis 20 jusqu'à 60 et 75 centigrammes par jour. Je ne conseillerais pas de dépasser la dose journalière d'un gramme, qui sera même difficilement atteinte sans quelques accidents, quoiqu'elle ait été un peu dépassée par M. Geddings, qui administrait trois fois par jour 7 grains ou 35 centigrammes, ce qui fait en tout 1 gramme et 5 centigrammes (*Gazette médicale de Paris*, 1835, p. 231). Il importe, au reste, de n'user que d'une poudre de noix vomique récemment préparée avec des semences de qualité parfaite et conservée avec soin. Lorsque ce médicament, sous tous les rapports, ne laisse rien à désirer, la dose de 50 à 60 centigrammes suffit généralement à produire des effets assez énergiques pour s'en contenter.

Je fais mélanger la dose prescrite de poudre de noix vomique avec 1 à 4 grammes de poudre de cannelle. Ce mélange est fractionné en plusieurs prises, lesquelles sont administrées par intervalles dans le cours de la journée.

C'est la dysentérie chronique la plus grave, c'est-à-dire celle rapportée des pays chauds, que j'ai spécialement soumise à ce mode de traitement. L'épreuve en a été sévère; par conséquent, elle a dû être plus d'une fois inefficace, aussi bien que l'essai d'autres remèdes qui échouent là contre des lésions irrémédiables, tout rationnels qu'ils soit ou qu'ils le paraissent. J'ai constaté néanmoins le genre d'avantages qu'avaient attribués à la noix vomique ceux qui m'avaient précédé dans cette voie d'expérimentation, savoir : l'apaisement ou la cessation des coliques, surtout du ténesme, la diminution du nombre des garde-robes et la modification de leur produit. Mais ce qui m'a particulièrement frappé, et ceci vient encore à l'appui de mon opinion sur la nature de la dysentérie, c'est le retour de la tonicité et de la contractilité intestinales, très-bien senti par certains malades intelligents, et démontré, au surplus, par la disparition des évacuations involontaires, ou par la faculté de résister un peu mieux à la manifestation du besoin impérieux d'évacuer qu'éprouvent les dysentériques. En même temps, l'affaiblissement musculaire des membres diminuait, ceux-ci bénéficiant aussi de l'action excitante de la noix vomique, qui se porte électivement, comme on le sait, sur la moelle épinière, et devait, en conséquence, retentir favorablement sur tout le système locomoteur. Les digestions devenaient meilleures, plus

régulières, les assimilations nutritives plus complètes; et il arrivait souvent que la lientérie, par exemple, si commune dans les dysentéries chroniques, faisait place à la fécalisation des matières alvines, qui parfois reprenaient entièrement leur caractère normal.

Il y a donc des améliorations réelles à obtenir de la noix vomique dans le traitement de la dysentérie chronique, et cette énergique substance peut contribuer même à sa guérison. Mais ce serait aller trop loin que de croire qu'elle y suffirait seule; les indications sont trop nombreuses et trop variables dans la dysentérie chronique pour que le traitement n'en soit pas nécessairement complexe. La noix vomique a surtout son utilité lorsque les éléments paralytiques de la maladie sont fortement accusés; elle pourrait réussir encore contre la lientérie et contre une opiniâtreté de flux diarrhéique rebelle à tout autre moyen. Mais conservons notre confiance à d'autres médicaments, qui, eux aussi, ont leur valeur dans le traitement de la dysentérie, d'autant mieux que leur association à la noix vomique prouve parfois que si celle-ci peut, dans telle circonstance, dominer la médication, elle peut aussi n'y entrer qu'à titre d'adjuvant dans des cas réfractaires à son intervention isolée.

Les opinions que je professe sur l'origine rachidienne et la nature paralytique de la dysentérie devaient me conduire à expérimenter contre cette maladie la noix vomique, et elles m'y ont conduit en effet. Agent éminemment stimulant du cordon rachidien et des nerfs excito-moteurs, cette substance semblait de prime abord avoir là toute son opportunité. Cependant, je ne l'ai point appliquée au traitement de la dysentérie aiguë; je ne suis donc pas à même d'apprécier la part d'influence qu'elle peut y exercer. Ce qui m'en a détourné jusqu'ici, c'est que je crois que nous possédons dans l'ipéca un stimulant des filets moteurs du grand sympathique et des nerfs vasculaires, qui, dans la période initiale, dans l'état aigu de la dysentérie, suffit, si même il ne vaut pas mieux que la noix vomique, pour combattre les premiers éléments pathogéniques de cette maladie. La noix vomique n'est pas l'unique agent d'excitation qui doive convenir à toutes les situations créées par des paralysies ou nerveuses ou vasculaires. Si, par exemple, il y a aujourd'hui de fortes présomptions pour que les phlegmasies soient constituées par des paralysies vasculaires, un seul et même agent stimulant ne les résoudra pas toutes, parce qu'il faut tenir compte, dans la stimulation à obtenir, de l'électivité d'action de certains médicaments sur certains organes et dans certaines maladies. La physiologie expérimentale nous montre plusieurs de ces électi-

vités; mais la clinique en est le critérium définitif. Or, les nerfs vasculaires qui ressentent le mieux l'action stimulante de l'ipéca sont ceux des organes respiratoires et des organes digestifs, ainsi que le prouvent les bons effets de ce médicament dans les phlegmasies bronchiques et pulmonaires, dans presque toutes les phlegmasies abdominales. Les nerfs excito-moteurs de l'estomac et des intestins s'animent également sous l'influence élective de l'ipéca, puisque nous voyons cette substance provoquer si facilement le vomissement, rétablir le cours de la bile dans le canal intestinal, solliciter la purgation ou y aider. D'un autre côté, n'avons-nous pas dans certains purgatifs, les sels neutres alcalins, l'huile de ricin, le calomel, la rhubarbe, des excitateurs de l'intestin, qui, en même temps qu'ils en réveillent la vitalité, modifient les sécrétions pathologiques et favorisent les éliminations généralement jugées nécessaires aujourd'hui dans la première période de la dysentérie pour la conduire à une heureuse terminaison?

La noix vomique ne m'a donc pas semblé répondre, au début de la dysentérie, à autant d'indications, et j'ai cru devoir m'en tenir à l'ipéca et aux purgatifs, qui, indépendamment de leurs autres avantages, excitent aussi la contractilité de l'intestin. Cependant il pourrait y avoir d'intéressantes expériences comparatives à instituer sur ce sujet. Le même intérêt s'attacherait à l'essai de la noix vomique contre les coliques sèches, saturnines ou purement nerveuses, pendant l'attaque, caractérisée par la douleur et la constipation; car si cette substance, déjà reconnue utile contre la constipation (Trousseau et Pidoux), venait ici le disputer en efficacité aux drastiques, ne serait-ce pas une forte preuve qu'il y a réellement perte de la contractilité intestinale dans les paroxysmes douloureux des coliques sèches?

Je crois que les paralysies des muscles de la vie de relation et de ceux des membres en particulier, concomitantes ou consécutives, ne sont, dans la dysentérie et dans les coliques sèches, qu'une extension de l'action paralysante primitivement portée de la moelle sur l'intestin. Toutes réserves admises sur le bien fondé de cette opinion, et quel que soit le mode de production de ces paralysies, qu'elles dépendent de la dysentérie, de la colique nerveuse ou même de l'intoxication saturnine, toujours est-il que, dès qu'elles sont réalisées, rien n'est mieux indiqué contre elles que les préparations de noix vomique.

Bretonneau, et après lui M. Tanquerel des Planches, avaient

déjà montré tout le parti que l'on pouvait tirer de ces préparations contre la paralysie saturnine.

J'en ai obtenu des effets non moins satisfaisants en les appliquant au traitement de la paralysie dysentérique et de celle qui succède à la colique nerveuse des pays chauds. J'engage d'autant plus à y avoir recours, et de bonne heure, contre ces accidents, qu'il importe de restituer le plus tôt possible leur contractilité normale aux muscles affectés, et d'arrêter en outre, dans sa progression possible, une lésion qui peut avoir les effroyables conséquences signalées dans les trois observations que j'ai citées. Non-seulement les paralysies en question, mais toutes celles qui succèdent à diverses maladies, qui les accompagnent ou ne se déclarent que pendant la convalescence, peuvent avoir leur gravité. On n'est jamais mieux assuré de les vaincre, d'en prévenir la persistance et éventuellement l'extension, qu'en les attaquant dès leur début. Mais au premier moment, il faut bien le dire, elles ne frappent pas toujours et assez l'attention ; on les prend pour une simple faiblesse musculaire, en rapport avec la maladie ou avec la convalescence, et elles passent ainsi inaperçues, jusqu'à ce qu'elles acquièrent des proportions qui ne permettent plus de méconnaître l'atteinte sérieuse portée à la motilité.

Avant que les paralysies dysentériques ou autres en soient arrivées là, et à plus forte raison lorsqu'elles s'accusent par l'impuissance complète des mouvements volontaires, l'emploi des préparations de noix vomique est parfaitement indiqué. Alors c'est l'extrait alcoolique, à l'intérieur, qui m'a le mieux réussi. Je débute, dans son administration, à très-petites doses, à 5, 10, 15 centigrammes, m'élevant progressivement à 50 centigrammes, en étudiant la susceptibilité organique, très-variable à l'égard de la noix vomique selon les individus. Je n'ai jamais eu besoin de dépasser ou pu franchir la dose de 60 centigrammes, celle de 75 centigrammes étant au reste la limite maximum généralement fixée. En dosant prudemment et graduellement ce puissant agent d'excitation musculaire, on suit, pour ainsi dire, pas à pas ses effets, en ne provoquant que ceux jugés nécessaires à la cure, sans côtoyer le moindre péril.

En même temps, je fais frictionner les parties paralysées avec une mixture composée de : alcoolé ou teinture alcoolique de noix vomique, 1 partie, et baume de Fioravanti, 4 à 6 parties.

Je ne partage pas complétement l'opinion des thérapeutistes qui pensent que, pour retirer de l'emploi des préparations de noix

vomique toute leur efficacité, on doit aller jusqu'à produire des secousses et même quelques phénomènes tétanoïdes dans les organes frappés de paralysie, et que cette lésion fonctionnelle offre d'autant plus de probabilités de guérir que l'excitation de la contractilité est portée à ce point. Je ne crois pas du moins qu'il faille nécessairement en arriver là pour obtenir le résultat désiré. Car j'ai vu la noix vomique ramener le mouvement volontaire, sans autre phénomène physiologique appréciable que le retour graduel de la motilité. En tout cas, lorsque l'action du médicament va jusqu'à déterminer des secousses et des raideurs musculaires, il est bon de la surveiller, de la modérer au besoin, afin de ne pas dépasser le but; on peut être obligé alors de diminuer la dose de l'agent excitateur ou même d'en suspendre momentanément l'emploi.

La même médication convient parfaitement aux paralysies qui dépendent de la colique nerveuse des pays chauds, toujours avec d'autant plus de chances de réussite qu'elle aura été mise en usage plus près du début des accidents.

Cette médication excitatrice doit être aidée, dans la dysentérie comme dans la colique nerveuse, par les remèdes indiqués à la période où se trouveront ces maladies. Ainsi, l'on ne négligera concurremment aucun des moyens réclamés par les symptômes intestinaux, si la noix vomique n'en faisait justice à elle seule; et l'on combattra surtout par les reconstituants et les toniques l'anémie et la langueur des fonctions assimilatrices, si communes dans le cours et à la suite des maladies en question. Si, en tout état de choses, la récupération des forces profite à la débilité des muscles, elle est de bon augure lorsqu'il ne s'agit de rien moins que de vaincre leur inertie; un organisme tonifié, régénéré, se prête mieux aussi à l'œuvre des agents excitateurs, concentrée sur le dernier point qui y reste en souffrance.

Pour peu qu'il n'existe pas dans les foyers d'innervation de lésion irrémédiable, les préparations de noix vomique ont donc d'après mon expérience, l'action la plus favorable sur les paralysies du mouvement déterminées par la dysentérie, par la colique sèche, et je puis ajouter, en confirmation d'observations antérieures, par l'intoxication saturnine. Ces préparations peuvent également se montrer efficaces, et j'en ai souvent aussi fait l'épreuve, contre les paralysies qui arrivent pendant le cours ou pendant la convalescence de diverses maladies aiguës, graves ou légères, sous les influences les plus mystérieuses, les plus difficiles à apprécier.

Mais nulle médication n'est infaillible ; celle-ci sera rarement inutile, mais elle pourra être insuffisante. Il est d'autres moyens d'excitation auxquels il faudra alors penser, et en première ligne se présente l'électrothérapie.

En dernier lieu, les autres moyens ayant été infructueux, on devrait recourir aux eaux thermales sulfureuses, sans trop attendre toutefois, sous peine de n'en retirer qu'un bénéfice incomplet ou nul. Mais s'il s'agit d'une paralysie dysentérique, si surtout les lésions intestinales ne sont pas effacées, si la diarrhée dure encore, ou seulement revient de temps à autre, le choix parmi ces eaux est difficile, et les plus douces tout au plus conviendraient, à la condition de n'en user qu'avec une extrême réserve. Je ne saurais ici recommander trop de prudence, les eaux sulfureuses ayant été, à ma connaissance, fatales à plusieurs individus atteints de dysentérie chronique. Je voudrais donc que la dysentérie fût guérie, avant de soumettre le sujet qui aurait gardé une paralysie consécutive à un traitement thermal assez énergique pour triompher de ce reliquat de la maladie primitive.

Quant aux paralysies qui persistent après les coliques sèches, nerveuses ou saturnines, il n'y a pas pour moi d'hésitation dans l'espèce d'eau minérale naturelle à conseiller : c'est Baréges qui possède les admirables sources les mieux indiquées contre ces paralysies : j'en ai si souvent constaté la remarquable efficacité, que je considère comme exceptionnels les cas de ce genre qui leur résistent.

Etude sur l'action antiblennorrhagique de la digitale (1);

Par M. le docteur Bérenger-Féraud, médecin de 1re classe de la marine impériale.

Le docteur Barbier (de Melles) avait déjà publié, en septembre 1842, dans le *Journal des Connaissances médicales*, une observation d'orchite suraiguë traitée par l'émétique à dose contro-stimulante qui peut être aussi invoquée dans le même sens.

Mais c'est surtout le docteur Wittebrand (de Wilsingfors) qui a fourni quelques faits qui me semblent très-concluants dans le cas présent (*Gaz. méd.*, avril 1844) :

Il constata, dit-il, l'action efficace du tartre stibié dans un cas de blennorrhagie compliquée d'un rhumastisme aigu (*c'était peut-*

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 145.

être une arthrite blennorrhagique), dans lequel le remède eut très-rapidement raison des deux affections, et il fit alors plusieurs essais qui furent favorables pour la plupart ; ainsi, dans trois cas, l'émétique amena la guérison en six jours. Plusieurs fois il fit disparaître l'uréthrite en quinze à vingt jours. Mais il avoue que dans quelques circonstances l'affection s'est montrée rebelle au tartre stibié.

Le docteur Eisenmann (de Würtzbourg) a fait connaître en 1859 (*Bull. de Thér.*, t. LVI, p. 412) des faits de guérison de la blennorrhagie par les préparations de colchique. Voici les détails de son travail : En 1839, il soignait par le vin de colchique un sous-officier atteint de conjonctivite rhumatismale affectant les deux yeux et assez intense (*n'était-ce pas une ophthalmie blennorrhagique?*), et il s'aperçut qu'un écoulement uréthral, dont il ignorait tout d'abord l'existence, avait été guéri très-remarquablement par le remède donné dans le but de guérir les yeux. Frappé de ce résultat, il voulut rechercher si la guérison de l'uréthrite avait été une pure coïncidence ou réellement l'effet de la médication, et il acquit la conviction que le colchique peut très-bien tarir les écoulements uréthraux.

Voyons les doses de colchique que le docteur Eisenmann employait : « Je prescrivais toujours 12 grammes de vin de colchique et 2 grammes de teinture d'opium ; plus tard j'ai remplacé le vin par une quantité égale de teinture de semence de colchique et j'en faisais prendre trois fois par jour 18 à 20 gouttes ; de plus, une boisson mucilagineuse, un décocté de chènevis, par exemple, du lait comme aliment principal (ce qui ne fut pas toujours rigoureusement exécuté), et un repos aussi absolu que possible. » (*Loc. cit.*, p. 413.)

Quelles sont les blennorrhagies que le colchique a guéries entre les mains du docteur Eisenmann ? « Tous les cas de blennorrhagie ainsi traités guérirent sans exception dans l'espace de quelques jours, *surtout lorsque le traitement put être appliqué dès le début de l'affection.* » Et plus loin il ajoute, en parlant des essais corroboratifs du docteur Collin, de Dresde : « Si M. Collin a mis à peu près le double de temps qu'il m'a fallu pour guérir la blennorrhagie, la cause pourrait bien être à la qualité du médicament qu'il employait; il est cependant plus probable que beaucoup de ses malades ont négligé de le consulter dès le début de l'affection, car l'action du vin de colchique opérant, diminue avec la durée de la maladie; elle n'est pas très-énergique dans les écoulements chroniques et elle

est nulle dans ce qu'on appelle la goutte miliaire. J'insiste d'autant plus sur cette circonstance, qu'elle pourra peut-être nous guider dans nos recherches sur le mode d'action du médicament, et parce que je crains que l'emploi inopportun de ce moyen ne fasse mettre en doute son efficacité. »

Il ressort clairement de cette citation que c'est dans certains cas bien déterminés que le colchique a été utile, et nous verrons bientôt pourquoi, comme la digitale, il est surtout utile dans les uréthrites commençantes.

Le docteur Ficinus (de Dresde) a essayé aussi la médication au colchique dans l'uréthrite, et il rapporte dans le *Casper's Wochenchrift*, de 1849, des observations qui corroborent cette idée, que le colchique a eu une très-heureuse action dans les écoulements inflammatoires de l'urèthre chez l'homme, du vagin et de l'utérus chez la femme.

Le bromure de potassium, dont l'histoire thérapeutique est loin encore d'être faite, et qui, comme on le sait, fut employé d'abord en vertu d'une action antisyphilitique qu'on lui supposait, a été administré quelquefois avec succès dans l'uréthrite.

Ainsi, M. Thielmann conseillait contre la blennorrhagie accompagnée d'érections trop fréquentes et douloureuses, 1 à 2 grammes de bromure de potassium mêlés à 6 grammes de sucre, à prendre en douze fois à deux heures d'intervalle. MM. Michiels, Pfeifer ont publié des succès analogues (*Sehmidt's Jahr* et *Annales de Roulers*, n° 22, 1860). M. Lafon-Gouzi a obtenu de bons résultats dans des douleurs uréthrales très-vives (compte rendu de la Société de médecine de Toulouse, 1861), et, depuis, nombre de travaux et d'observations sont venus corroborer l'opinion de ces divers praticiens.

Or, les remarquables travaux de M. Gubler et de mon regretté maître Debout (*Bull. de Thér.*, t. LXVII, plusieurs articles) nous ont fixé sur l'action physiologique du bromure de potassium. «Consécutivement à l'absorption, il se manifeste des phénomènes de sédation du côté de la circulation et de la sensibilité.... le bromure tempère l'éréthisme nerveux de la fièvre en même temps que le pouls... Quant à l'action antiphlogistique, le bromure la doit à sa double influence sur la circulation centrale et sur les capillaires sanguins ou le système nerveux qui les régit; il diminue par là les sécrétions des muqueuses... Enfin, je pense, avec MM. Trousseau et Pidoux, que les propriétés anesthésiques du bromure de potassium ont une large part dans les résultats favorables obtenus à l'occasion

de diverses inflammations à processus inflammatoire. » (Gubler, *loco citato*.)

Les passages que je viens de rapporter tendent à prouver que le bromure de potassium agit exactement dans le sens de la digitale pour ce qui est de l'action sur les érections douloureuses de la blennorrhagie, de sorte que les effets des deux médicaments, étant analogues, doivent rentrer dans la même catégorie thérapeutique.

Notre travail ne serait pas complet, si nous ne cherchions pas à nous rendre compte du mécanisme par lequel la digitale a pu se rendre utile dans la blennorrhagie. Entreprenons donc cette étude en quelques mots, en reconnaissant par avance que la question est encore à l'étude et toujours très-obscure jusqu'ici.

Tant qu'on s'est borné à dire que la digitale est un hyposthénisant, un sédatif circulatoire, sans entrer plus intimement dans l'étude de son action physiologique, c'est-à-dire sans spécifier le mode précis de cette action, il eût été bien difficile de comprendre pourquoi elle réussissait dans certains cas d'uréthrite, et c'est en vain qu'on eût cherché une explication satisfaisante de son efficacité.

Mais bientôt la question est entrée dans une autre phase, sans que cependant elle soit encore près d'être résolue. Les longues discussions entreprises pour savoir si la digitale agit sur la circulation en ayant seulement un effet direct sur la fibre musculaire du cœur (Stannius, Bouillaud, Briquet, Beau, Homolle et Quévenne), ou sur le système nerveux cardiaque composé de deux nerfs antagonistes seulement ou de trois sources nerveuses (Rasori, Saunders, Sandras, Rodanowski et Jacubowski, Laederick, Dyblowsky, Pelikan), qui ont abouti à une très-heureuse appréciation de l'importance relative de chaque élément de la question, n'ont peut-être pas encore, cette fois, terminé sans appel le débat en donnant à la digitale une action directe sur la fibre musculaire cardiaque (Vulpian, Sée); et, en effet, si on admettait cette dernière opinion, on ne comprendrait absolument pas comment la digitale peut influencer certaines uréthrites, si ce n'est d'une manière tout à fait indirecte, si indirecte même qu'on n'en peut saisir la liaison.

Mais voilà que les études récentes sur l'action des nerfs vaso-moteurs dans les phénomènes physiologiques interviennent dans la discussion et peut-être vont remettre en question bien des points qui semblaient parfaitement établis jusqu'ici; l'action de la digitale sur ce département de notre organisme est peut-être capable de jeter un jour favorable sur la compréhension des effets du mé-

dicament sur les écoulements uréthraux de nature phlegmasique.

Dans un travail tout récent, M. Legroux (*Essai sur la digitale*, Paris, 1867) rapporte une expérience qu'il a faite et qui pourra servir à expliquer bien des phénomènes thérapeutiques du médicament. « On sait, dit-il, depuis les observations de Schiff et de M. Vulpian, que l'artère centrale de l'oreille du lapin est animée d'un mouvement rhythmique indépendant du cœur et constituant une sorte de cœur artériel accessoire ; les ramifications de cette artère sont elles-mêmes douées d'une contractilité très-vive. Eh bien, après avoir nettement constaté les mouvements de ce vaisseau chez un lapin, je lui injectai, sous la peau du dos, un centigramme de digitaline dissous dans un gramme d'eau. Examinant alors l'oreille, je vis très-bien, un quart d'heure après environ, l'artère contractée d'une manière permanente ; en même temps je constatai que les oreilles, qui toute la journée et avant l'injection avaient une température élevée, étaient devenues peu de temps après très-froides, et que le lendemain encore elles étaient à une très-basse température.

Or, les belles recherches de Vierhordt, de Ludwig de Poiseuille et surtout celles de M. Marey, en nous apprenant l'influence considérable de la contraction des capillaires sur les phénomènes physiologiques et pathologiques de l'économie, nous ont montré déjà que la dilatation des tubes vasculaires est le phénomène inséparable de l'hyperhémie, de l'inflammation, de l'hypersécrétion, de la chaleur, de la rougeur, etc., etc., tandis que leur contraction préside aux phénomènes contraires. Par conséquent, la digitale, dont l'action de contraction sur les capillaires est manifeste, d'après cette expérience, agirait dans l'uréthrite en diminuant l'abondance de la circulation dans le réseau muqueux, et de cette sorte d'anémie relative résulterait la diminution de la phlegmasie avec toutes ses conséquences.

La digitale aurait donc sur notre économie une double influence, 1° une action directe sur la fibre musculaire cardiaque proprement dite ; 2° une action sur le système nerveux vaso-moteur de l'appareil circulatoire, opinion éclectique qui met d'accord les si nombreux observateurs qui sont entrés dans le débat ; et si, à hautes doses, dans certaines affections, l'action curative du médicament doit être rattachée à son influence sur le cœur, dans l'uréthrite qui nous occupe, elle ne dépend que de l'effet sur les nerfs vaso-moteurs des vaisseaux.

Mais précisément parce que la digitale n'agit ici qu'en vertu de

son action vaso-motrice, c'est en vain qu'on l'emploierait soit dans les cas de phlegmasies pour ainsi dire subaiguës ou chroniques, soit dans les cas de phlegmasies durant depuis un certain temps. En effet, dans ces cas, il y a eu déjà dans la muqueuse uréthrale des altérations matérielles qui ne sont plus aussi directement justiciables de l'action exercée sur les capillaires sanguins, et ce n'est plus par l'intermédiaire de la circulation, mais bien topiquement alors, qu'on peut exercer une influence puissante sur la phlegmasie.

L'émétique à haute dose, d'après la méthode de M. Diday, le colchique employé par MM. Eisenmann, Ficinus, Collin, Morpin, le bromure de potassium agissent, il me semble, exactement de la même manière; aussi je suis très-disposé à rapprocher dans un même groupe les faits résultant de l'emploi de la médication digitalique et hyposthénisante, émétique, vératrique, du bromure de potassium, etc., etc.

L'étude du mode d'action de la digitale dans l'organisme me porte donc à penser que, dans l'uréthrite, c'est alors que la phlegmasie est à son commencement, c'est quand l'affection n'est encore caractérisée pour ainsi dire que par un trouble dans la circulation capillaire de la muqueuse, et avant que les exsudations leucocythiques se soient faites, qu'on peut en tirer de bons résultats. Dans ce cas, en effet, en diminuant l'hyperhémie, la membrane se trouve remise à l'état normal, et les conditions matérielles de la santé existent aussitôt.

Mais si la dilatation capillaire, la stase sanguine datent de quelque temps déjà, si des altérations matérielles ont eu le temps de se produire, l'agent dont l'action est limitée aux parois des vaisseaux n'agit plus sur tous les éléments de la maladie. S'il n'est pas totalement impuissant, il est au moins insuffisant et ne saurait ramener la santé à lui seul.

Or, si la théorie nous a poussé à des inductions pathologiques précisées de cette manière, la clinique, de son côté, ne nous donne-t-elle pas des résultats qui viennent remarquablement plaider dans le même sens ? En effet, n'est-ce pas chez les pléthoriques, au début de l'uréthrite, chez les sujets dont l'irritabilité est modérée, que la digitale agit le mieux, et, au contraire, après une certaine durée de l'inflammation uréthrale chez les sujets qui fournissent facilement et vite des produits morbides des sécrétions, le médicament a été moins efficace, impuissant même.

De nombreux observateurs ont constaté que cette action de con-

traction, limitée d'abord aux capillaires, réagit bientôt, de proche en proche, sur tout le système, en augmentant la tension, et consécutivement régularise les battements du cœur.

Ce phénomène ne nous intéresserait pas ici, si nous n'avions à rechercher pourquoi, dans certains cas (l'obs. n° 1, par exemple), la diminution de la phlegmasie s'est manifestée avant même que le cœur eût paru influencé par la digitale.

Dans les cas analogues à celui de Bayol, on trouve une explication satisfaisante en admettant que la digitale a agi d'abord sur les capillaires, et que ce n'est que consécutivement à cette action que les gros vaisseaux et le cœur ont été influencés, la dose ayant été trop faible pour agir directement sur la fibre cardiaque d'une manière appréciable; et voici que la clinique, qui s'appuyait tantôt sur l'induction physiologique, vient de lui donner à son tour un appui sérieux.

Notons aussi que les phénomènes constatés par MM. Brughmans, Corvisart, Laroche, Bouchardat, etc., etc., se trouvent parfaitement expliqués ainsi, et que loin de rester, comme ils l'ont été pendant une dizaine d'années, des faits isolés et qu'on ne pouvait rattacher rationnellement à aucune théorie acceptable, ils viennent, au contraire, désormais prêter leur appoint à une manière de voir les choses toute simple et très-satisfaisante.

Bien avant que l'on eût songé à faire intervenir l'action de la digitale sur les nerfs vaso-moteurs pour expliquer son action hyposthénisante, le professeur Hirtz, de Strasbourg (*Bull. de Thérap.*, t. LXII, p. 145), avait formulé des conclusions que nous pouvons aussi invoquer aujourd'hui comme un autre contrôle clinique de la théorie proposée touchant le mode d'action du médicament.

« Il nous paraît, dit M. Hirtz, que la digitale agit dans les pyrexies inflammatoires en s'attaquant à l'élément fièvre, c'est-à-dire en abattant la circulation et la température. » Or, la phlegmasie uréthrale, quoique limitée à une trop petite étendue pour déterminer un mouvement fébrile général dans la plupart des cas, n'est-elle pas caractérisée par une hyperhémie (excès de circulation et de température)?

M. Millet, de Tours (*Bull. de Thér.*, 1859), était arrivé de son côté à des conclusions semblables, et, d'ailleurs, les travaux faits dans ce sens depuis une trentaine d'années sont si nombreux, qu'il serait trop long de les citer même sommairement. Qu'il suffise de dire que tous les auteurs, et le plus récent est M. Oulmont (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 16 avril 1867), ont noté que sous l'in-

fluence du médicament les phénomènes inflammatoires cédaient très-remarquablement dans certains organes, et si on n'a noté cette disparition de l'hyperhémie que dans le poumon, le cerveau, etc., c'est probablement parce qu'on n'a songé à la rechercher que dans ces organes. Je crois qu'une fois l'attention appelée sur la cessation de l'hyperhémie sur la muqueuse uréthrale sous l'influence de la digitale, les faits corroboratifs de mon opinion ne tarderont pas à se produire.

Je me suis naturellement occupé de la fréquence des érections chez les trente-six blennorrhagiques qui ont servi à mes expériences, et j'ai constaté que, sans présenter le plus souvent des phénomènes aussi accusés que ceux que signale le docteur Brughmans, il y a eu cependant dans l'extrême majorité des cas une diminution sensible dans le nombre des érections. Dans l'observation nº 1, on voit, par exemple, toute excitation génitale cesser dès le premier jour du traitement, pour ne reparaître que le huitième jour. Le plus souvent, la diminution des érections ne s'est manifestée que le deuxième ou troisième jour, et, dans quelques rares circonstances (l'observation nº 4 en est un exemple), ces excitations génésiques n'ont subi aucun amoindrissement pendant toute la durée du traitement.

Je ne sais comment expliquer ces derniers faits que j'ai constatés trois fois. Est-ce dans l'excessive irritabilité des sujets ? Je ne me retrancherai pas derrière ce mot creux de l'idiosyncrasie, croyant qu'il vaut bien mieux avouer clairement son ignorance que de la couvrir d'un terme qui ne dit rien, malgré ses prétentions.

Quoi qu'il en soit, voici comment se sont partagés mes malades :

1º N'ayant eu aucune érection pendant le traitement	4
2º N'ayant eu une diminution que le lendemain du premier jour de traitement	2
3º N'ayant eu une diminution que le deuxième jour	5
4º Que le troisième jour	12
5º Que le quatrième jour	4
6º Que le cinquième jour	2
7º Que le sixième jour	3
8º Que le huitième jour	1
9º N'ayant pas eu de diminution sensible pendant tout le traitement	3
Total	36

A l'exception de Schmidt, tous mes malades m'ont dit qu'ils reconnaissaient une lenteur très-appréciable dans la production de

l'érection, la turgescence génésique de la verge durait peu à leur dire, et même les deux sujets qui ont continué à avoir des érections pendant tout le traitement ont reconnu qu'elles étaient infiniment moins vigoureuses.

Dans tous les cas, dès le quatrième ou sixième jour après la cessation du médicament, les fonctions génitales avaient repris leur intégrité, au dire des malades ; mais tenons compte de la difficulté d'avoir des renseignements exacts. Des hommes jeunes, vivant en commun, comme les matelots sur lesquels j'ai opéré, attachent le plus souvent une question d'amour-propre là où il n'y a qu'un phénomène organique, et il ne serait pas prudent de les croire sur parole ; par conséquent, en dehors de la diminution des érections pendant le traitement et des trois exceptions que j'ai signalées, je ne pourrais prendre la responsabilité d'aucune assertion touchant l'époque du retour des érections normales, quoique la force et la jeunesse de mes sujets soient une condition pour que les érections soient revenues très-vite et très-complétement.

Conclusions. — En finissant mon étude, il me faut résumer en quelques mots ce que les observations que j'ai recueillies me font penser de l'action de la digitale sur l'uréthrite.

1° Les préparations de digitale peuvent à elles seules éteindre la phlegmasie uréthrale dans certains cas que j'ai déterminés (sujets pléthoriques peu irritables, blennorrhagie franchement inflammatoire, premières atteintes datant de très-peu de temps, etc., etc.). Elles ont une action moins assurée dans quelques autres (sujets nerveux, irritables ; blennorrhagie entraînant plus d'irritation que de phlogose sanguine, durant depuis un peu plus de temps) ; et ne réussissent généralement pas dans plusieurs (sujets lymphatiques moins diathésiques, écoulements antérieurs, etc., etc.), de sorte que, le plus souvent, elles ont moins d'efficacité que beaucoup d'autres agents antiblennorrhagiques.

2° Dans les cas où elles seraient insuffisantes si on les employait seules, elles peuvent, par leur action sur la circulation capillaire, être utiles à titre d'adjuvant pour diminuer les érections, si douloureuses dans l'uréthrite aiguë, et, à ce titre, peuvent servir concurremment à tous les autres médicaments.

3° Les préparations de digitale n'ont aucune action *spécifique ;* c'est seulement en faisant contracter les capillaires uréthraux et en empêchant ainsi l'hyperhémie sanguine qu'elles rendent de bons services. Elles n'ont pas d'action plus particulièrement élective sur l'urèthre que sur les bronches, le poumon, l'encéphale, etc., etc.

Elles n'agissent ni en vertu de leur action diurétique, ni comme révulsifs, sur un autre appareil. Le tube digestif, par exemple, n'agissant que sur la propriété vaso-motrice des capillaires et non sur les exsudations déjà faites, elles ne peuvent avoir d'action utile dans les cas d'uréthrite un peu ancienne, subaiguë, entretenue par un rétrécissement, etc., etc.

4° Ayant vu survenir une arthrite blennorrhagique et une orchite chez des sujets traités de la blennorrhagie par la digitale, je constate que le traitement ne prévient pas d'une manière absolue ces accidents, sans pouvoir déterminer s'il y prédispose, ou non, plus que les autres.

5° La digitale m'a paru, comme au docteur Brughmans, avoir une action réelle sur les érections, qui sont sensiblement diminuées de nombre, quand toutefois l'intensité de la phlegmasie n'est pas plus grande que la dose du médicament. Il me semble qu'elle agit mieux que le camphre et l'opium lui-même ; mais, pour obtenir des résultats assurés, je crois qu'il faut ne pas hésiter à administrer des quantités aussi grandes que le tube digestif peut en recevoir sans se révolter.

En résumé donc, l'utilité de la digitale reste, on le voit, assez bornée dans l'uréthrite, et si dans quelques cas particuliers elle peut constituer à elle seule tout le traitement, elle ne peut être considérée en général que comme un bon adjuvant capable de diminuer la phlogose locale, en même temps qu'elle a une action réelle sur le nombre et l'intensité des érections, quand on calcule ses doses à l'intensité de la phlegmasie et à la sensibilité du sujet pour la douleur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales et des moyens de les prévenir.

Il est peu de questions plus graves et d'un intérêt plus pratique que celle des accidents qui succèdent aux opérations et viennent, par une sorte de fatalité, rendre impuissants les efforts du chirurgien, quelles qu'aient été sa prudence et son habileté; aussi ne saurait-on trop féliciter le Congrès médical international d'avoir mis cette question à l'ordre du jour, d'autant plus que les travaux

qui se sont produits sous cette impulsion nous semblent marquer un véritable progrès dans la science.

Nous allons donner à nos lecteurs un résumé des divers travaux lus au Congrès médical dans sa troisième séance, et de la discussion qui a suivi.

M. Bourgade, de Clermont-Ferrand, établit d'abord que trois faits importants dominent toute l'histoire des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales :

1° Ces accidents ne s'observent pas généralement dans les campagnes, tandis qu'ils se montrent très-fréquemment dans les villes et presque habituellement dans les hôpitaux, dans les ambulances, etc.

2° Même dans ces dernières conditions, on ne les voit survenir que rarement après l'usage des caustiques; très-fréquemment, au contraire, après l'emploi de l'instrument tranchant.

3° Développés, ils sont presque toujours mortels.

La dernière proposition démontre la nécessité de s'attacher non point seulement à les combattre après leur apparition, mais surtout et avant tout *à les prévenir*.

Pour le chirurgien comme pour le malade, tout est là.

Mais la prophylaxie repose essentiellement sur l'étiologie.

Ce sont, par conséquent, les causes de ces accidents qu'il faut s'efforcer de pénétrer.

Les deux premières propositions émises plus haut éclairent suffisamment ce sujet pour la pratique, car il en résulte : 1° l'innocuité presque absolue des opérations faites dans les campagnes; 2° l'innocuité habituelle des plaies obtenues par les caustiques, même dans les hôpitaux, au milieu de l'encombrement.

Donc, au sein de toute agglomération humaine, il se développe une cause qui exerce sur la guérison des plaies une influence funeste.

Miasme ou ferment, peu importe, cette cause exerce surtout son action sur la plaie exposée à l'air.

S'il en était autrement, pourquoi les plaies faites par les caustiques qui les recouvrent d'une eschare protectrice seraient-elles exemptes d'accidents? Pourquoi ces derniers surviendraient-ils presque exclusivement après l'emploi de l'instrument tranchant qui divise les tissus, y compris les vaisseaux, et les laisse exposés à l'action de tous les agents extérieurs ?

Donc, il y a action locale, délétère, et il faut s'efforcer d'y soustraire la plaie.

Mais comment l'y soustraire ? En s'efforçant d'imiter ce qui se passe quand on applique un caustique.

Aussi M. Bourgade se pose-t-il ce problème à résoudre :

Rendre les plaies faites par l'instrument tranchant aussi inoffensives que celles qui sont produites par l'emploi des caustiques.

Or, ce problème, il croit l'avoir résolu par l'emploi du perchlorure de fer appliqué sur la plaie, immédiatement après l'opération, de la manière suivante :

Lorsqu'il a terminé son opération, appliqué les ligatures, bien lavé et essuyé la plaie et arrêté complétement l'écoulement sanguin, ce chirurgien recouvre toute l'étendue de la surface sanglante avec de la charpie imbibée d'une solution de perchlorure de fer à 30 degrés, pure. Il faut que toutes les parties de la plaie, tous les tissus sectionnés, os, vaisseaux, nerfs, muscles, etc., subissent l'action de cette liqueur. Le tout est recouvert d'un gâteau de charpie mouillée et laissé en place jusqu'à ce que la suppuration détache la masse solide qui s'est formée. Le perchlorure de fer qui imbibe la charpie se combine avec les tissus d'une manière si intime, qu'il contracte avec eux une adhérence très-forte. Il en résulte, sur la plaie, la formation d'un magma épais, solide et adhérent, presque autant qu'une eschare, qui recouvre la surface sectionnée d'une espèce de cuirasse protectrice et la soustrait pendant six ou huit jours, ou moins et souvent plus, à l'action de tous les agents extérieurs. Ce n'est guère, en effet, que vers la fin du premier septénaire que la charpie se détache peu à peu, entraînée par la suppuration et par quelques lavages répétés, et découvre alors une surface noirâtre formée par une couche mince de perchlorure de fer combiné avec les tissus. Cette couche est à la fois une eschare légère, car, à sa face profonde, on retrouve les éléments histologiques des tissus mortifiés et un coagulum albumino-fibrineux. Elle se détache bientôt elle-même, partiellement et graduellement, laissant à nu une plaie rose et vermeille, d'un très-bel aspect, déjà recouverte de bourgeons charnus en voie d'organisation.

M. Bourgade emploie le vin aromatique pour les pansements suivants. La plaie ne fournit pas une suppuration abondante et marche régulièrement vers la guérison. Parfois, après la chute de l'eschare, on peut affronter les parties et réunir par seconde intention.

L'état général des malades est remarquablement satisfaisant à la suite de ce mode de pansement. Peu de douleur, peu de fièvre; conservation de l'appétit et du sommeil à un degré marqué.

L'application du perchlorure de fer sur la surface sanglante est

suivie d'une douleur vive qui réveille le malade s'il est encore sous l'influence du chloroforme; mais elle se calme rapidement, et, après quelques minutes, elle est devenue fort supportable; elle ressemble bientôt à la douleur qu'éprouvent tous les opérés et ne se prolonge pas au delà de quelques heures.

Évidemment, cette méthode n'est applicable qu'aux cas de réunion médiate des plaies; cependant, elle permet très-bien des réunions immédiates partielles comme celles que l'on tente habituellement dans les hôpitaux; elle paraît même en assurer le succès.

Depuis près de cinq années, M. Bourgade a employé le pansement au perchlorure de fer comme méthode générale dans toutes les opérations qui lui ont paru assez sérieuses pour faire redouter des accidents consécutifs graves. Ses recherches ont porté sur quatre-vingt-quinze opérés, et il n'a pas éprouvé un *seul* insuccès, bien que la statistique qu'il a présentée au Congrès comprît des amputations diverses des membres, des ablations du sein, des extirpations de tumeurs volumineuses, etc. Une seule fois il a vu survenir un érysipèle du bras chez une femme, à la suite de l'amputation du sein, avec dissection de tumeurs ganglionnaires de l'aisselle; mais la malade, dont le bras était le siége d'un œdème considérable, avait déjà éprouvé, avant l'opération, deux érysipèles semblables; elle a d'ailleurs très-bien guéri.

M. Bourgade établit donc, comme précepte général, l'emploi immédiat du perchlorure de fer sur toute plaie consécutive à une opération chirurgicale, quand on ne tente pas la réunion immédiate. Il le recommande à peu près dans tous les cas, attendu que rien ne permet de distinguer ceux qui seront suivis de complications graves de ceux qui en seront exempts.

Les accidents consécutifs qu'il croit pouvoir prévenir par cette méthode sont : l'infection purulente, l'infection putride, la phlébite, l'angioleucite, l'ostéo-myélite et les hémorrhagies consécutives.

Le perchlorure de fer paraît agir dans ces cas en opérant à la fois une légère cautérisation des surfaces sanglantes et en exerçant une action fortement coagulante jusque dans l'intérieur des veines. Il en résulte une phlébite adhésive et obturatrice qui prévient la phlébite suppuratrice et s'oppose à l'absorption de tous les éléments morbigènes, pus ou autres, déposés à la surface des plaies.

Telle est la pratique de notre confrère de Clermont-Ferrand. Le Congrès a couronné son travail, et nous avons applaudi de grand cœur à cette décision. Nous engageons vivement tous nos confrères

placés à la tête de service de chirurgie à employer cette méthode si simple et si pratique.

M. le professeur Gosselin est venu communiquer le résultat des recherches qu'il a entreprises depuis longtemps sur la contagion de l'érysipèle, et a exposé les mesures prophylactiques qu'il prend dans ses salles de chirurgie.

A l'hôpital de la Pitié, dit M. Gosselin, j'ai recueilli tous les cas d'érysipèles qui se présentaient dans mes salles. Pendant les trois premières années 1862, 1863, 1864, je n'ai guère pris de mesures que contre la cause infectieuse, et la mesure principale a consisté dans le renouvellement de l'air, par l'ouverture aussi fréquente et aussi prolongée que possible d'une ou plusieurs fenêtres.

En 1862, j'ai eu 37 érysipèles, dont 9 suivis de mort;

En 1863, 55 érysipèles, 12 morts;

En 1864, 41 érysipèles, 10 morts.

En déduisant de ces nombres les érysipèles venus du dehors, on trouve que, durant ces trois ans, il s'est développé dans nos salles 83 érysipèles, dont 61 dans nos salles d'hommes (grande et petite salle Saint-Louis), qui contenaient alors 60 malades, dont le mouvement annuel est de 850, terme moyen; 22 dans ma salle de femmes (salle Saint-Jean), qui ne contient que 26 lits et où la moyenne des entrées est de 275 par an. La proportion d'érysipèles développés dans les salles a donc été de 1 sur 42 chez les hommes, 1 sur 37 chez les femmes.

Peut-être cela tient-il à ce que le renouvellement de l'air par l'ouverture des fenêtres laisse plus à désirer dans ma salle de femmes, où l'on se plaint davantage du refroidissement. Les lits y sont du reste plus rapprochés et l'espace pour chaque malade est moindre que dans mes salles d'hommes.

Si maintenant nous comparons, au point de vue de la mortalité, les érysipèles venus du dehors et les érysipèles intérieurs, nous trouvons :

Chez les hommes, 5 morts sur 38 érysipèles extérieurs, c'est-à-dire 1 sur 7;

17 morts sur les 61 intérieurs ou 1 sur 3 et demi.

Chez les femmes, 2 morts pour 14 érysipèles extérieurs ou 1 sur 7;

7 morts pour 20 érysipèles intérieurs ou 1 sur 3.

La proportion a donc été encore un peu plus grande pour les femmes.

J'arrive à l'examen d'une question délicate. Mes érysipèles ont-ils été sporadiques, ou à quel moment dois-je croire qu'ils ont été épidémiques? Tant qu'ils sont sporadiques, en effet, je puis croire que les causes individuelles jouent le principal rôle dans leur développement. Quand ils sont épidémiques, au contraire, je dois faire une part beaucoup plus grande à la cause infectieuse.

Je considère la maladie comme ayant été épidémique dans ma salle d'hommes, toutes les fois que le chiffre a dépassé 3 à 4 par mois, et cela a eu lieu en février et en mars pendant ces trois années, excepté en février 1864. Je crois également que, dans les autres mois où ces mêmes chiffres ont été atteints ou dépassés par les érysipèles intérieurs, c'est-à-dire en avril 1862, en janvier, mai et juin 1864, l'érysipèle a été épidémique; dans les autres mois, au contraire, les érysipèles intérieurs ont été assez nombreux pour que je puisse les considérer comme ayant été sporadiques.

Chez les femmes, les résultats sont les mêmes. A partir du 1er janvier 1865, je commençai à éloigner des hommes blessés les sujets atteints d'érysipèles et à les mettre dans une salle à part avec d'autres malades n'offrant pas de plaies. Mais je ne pus appliquer cette mesure dans mon service de femmes, qui ne comprend qu'une salle. Je me bornai donc à ne pas recevoir de femmes venant du dehors, atteintes du dehors, et à préférer les modes de traitement que l'expérience a démontrés les moins aptes au développement de l'érysipèle. Pendant ces trois dernières années, j'ai vu se développer chez les hommes 32 érysipèles intérieurs seulement, au lieu de 61; chez les femmes, 11 au lieu de 22; la différence est presque de moitié.

Je crois que ces résultats meilleurs ont été dus, tout à la fois, aux précautions que j'ai prises d'assainir les salles, de ne pas laisser les blessés et opérés à côté d'autres malades atteints d'érysipèles, et d'éviter, pour les femmes surtout, les modes de traitement qui exposent le plus à cette complication, tels que l'ablation du sein à l'aide du bistouri et l'ouverture des abcès mammaires post-puerpéraux.

Infection purulente. — En ce qui regarde l'infection purulente, convaincu que le résultat des opérations et surtout ceux des grandes amputations dépendent beaucoup plus des soins donnés aux malades que de l'exécution et du choix des procédés opératoires, j'ai, à partir du 1er janvier 1862, eu recours, pour les amputés, à un certain nombre de précautions minutieuses, prises les unes avant, les autres pendant et après les opérations.

Avant. 1° J'ai renouvelé l'air le plus possible;

2° J'ai mis mes opérés dans la plus grande salle, où je ne laisse pas séjourner les érysipèles;

3° Toutes les fois qu'il n'y avait pas urgence, j'ai laissé le malade s'accoutumer à l'idée de l'opération, en désigner lui-même le jour, et j'ai cherché à dissiper ses inquiétudes sur les résultats.

Pendant. J'ai pris soin de supprimer la douleur par l'anesthésie, et de bien lier toutes les artères qui donnaient du sang.

Après. Je me suis préoccupé, dans les premiers pansements, d'éviter la souffrance. Je n'ai placé autour du moignon aucune circulaire qui m'obligeât à le soulever ou le déplacer.

J'ai mis en dessous un large morceau de taffetas gommé.

Je n'ai pas essayé de rapprocher les bords de la plaie, que j'ai recouverte d'une compresse imbibée d'eau froide ou tiède, selon la saison; je n'y ai pas ajouté d'alcool, pour éviter une cause de douleur.

J'ai placé mes opérés sur un lit mécanique qui permît de les enlever pour les garde-robes ou le renouvellement du lit, sans les faire souffrir.

Je les ai alimentés, autant que possible, à leur goût, leur prescrivant du vin, et, s'ils le désiraient, un peu d'eau-de-vie ou de rhum.

J'ai évité, avec le plus grand soin, tout ce qui pouvait les impressionner douloureusement au moral comme au physique.

Voici quels ont été mes résultats :

En laissant de côté 20 amputations de phalanges sans aucune gravité, j'ai fait 19 amputations de cuisses, 22 de jambes, 4 de bras, 3 d'avant-bras; en somme, 48 amputations, dont 29 suivies de guérison, 19 de mort : ce qui donne de mortalité 39 pour 100.

Sur ces 19 morts, 10 seulement ont été causées par l'infection purulente.

J'ai eu en outre 9 autres infections purulentes chez des malades qui n'avaient pas été amputés.

Ce sont donc 19 infections purulentes, qui se sont réparties ainsi qu'il suit : 2 en 1862, 3 en 1863, 3 en 1864, 1 en 1865, 9 en 1866, 1 en 1867.

Je me suis demandé si, en 1866, la maladie avait été épidémique dans les salles; mais, comme les cas s'y sont présentés à d'assez longs intervalles, je crois que le hasard et les conditions individuelles ont joué le plus grand rôle dans cette fréquence.

En résumé, je me crois autorisé à trouver que ces chiffres ne

sont pas considérables : ce que j'attribue aux précautions que j'ai prises.

Ainsi, pour M. Gosselin, ce qui domine, ce sont les soins hygiéniques à donner aux opérés.

M. Labat, de Bordeaux, donne, comme moyens d'éviter les accidents qui peuvent compliquer les plaies, les recommandations suivantes :

Ne rechercher la réunion complète que lorsque la plaie est peu profonde; que la texture des tissus est uniforme; que les surfaces opposées pourront être maintenues en contact aussi bien au fond que sur les bords; que les tissus n'auront pas été trop profondément contus;

Dans les opérations, disposer les lambeaux de telle sorte que l'écoulement des liquides sous-jacents puisse se faire avec facilité; que les lambeaux s'appliquent aisément l'un sur l'autre;

Eviter avec soin toutes les conditions qui peuvent entraîner l'altération des produits, et le séjour de ces produits altérés au voisinage de l'embouchure des veines;

Favoriser l'écoulement des liquides à l'aide d'un drain ou de tout autre moyen établissant un canal du point où l'on suppose que les liquides s'épanchent jusqu'à l'extérieur;

Ne jamais négliger une contre-ouverture dès le début, car ce moyen est nécessaire pour rendre l'écoulement facile;

Eviter l'emploi de tout moyen de nature irritante, surtout dans les régions abondamment pourvues de lymphatiques;

Dans les plaies anfractueuses ou contuses non réunies, éviter le croupissement des liquides au fond des anfractuosités, en remplissant ces cavités avec de la charpie;

Laisser le plus possible dans l'immobilité absolue, éviter les pansements pénibles ou trop souvent réitérés;

S'abstenir d'une façon absolue de lotions à l'eau pure sur la plaie à nu : par contre, l'alcool, prévenant l'altération des matières organiques, peut rendre souvent des services considérables;

Toutes les fois qu'on pourra craindre de voir survenir la résorption purulente, donner l'ergotine à la dose de 2 à 3 grammes, dès le premier jour, et continuer les jours suivants tout le temps que durera le danger : communément dix à douze jours.

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs des recherches de l'habile chirurgien de Bordeaux sur l'infection purulente et son traitement par l'ergotine [1].

---

[1] *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXXII, p. 142.

M. Verneuil, dans une communication des plus intéressantes, a étudié les conditions organiques des opérés et l'influence des états diathésiques sur le résultat des opérations chirurgicales.

On sait, dit M. Verneuil, que la taille et la lithotritie sont très-graves lorsque la vessie et les reins sont le siége d'altérations anciennes et profondes;

Que la trachéotomie est beaucoup plus bénigne quand elle est pratiquée pour extraire un corps étranger que lorsqu'elle est opposée à la diphthérite;

Que l'amputation de la jambe est très-sérieuse, si le membre est couvert de varices superficielles et profondes;

Que le pronostic de l'amputation du sein est plus sérieux lorsqu'elle est nécessitée par un cancer que lorsqu'il s'agit simplement d'un adénome;

On connaît depuis longtemps la mortalité énorme des amputations ou résections chez les sujets en proie à la tuberculisation pulmonaire;

On commence à savoir que la moindre opération entraîne souvent la mort chez un diabétique;

En revanche, on parle de l'immunité relative très-singulière dont jouiraient les aliénés.

M. Chevers nous a appris que les affections latentes du rein expliquaient souvent la mort après les opérations les plus diverses et les traumatismes même les moins étendus.

Mais que d'inconnues restent encore à dégager et que de contradictions existent encore!

L'influence de l'ivrognerie, de l'intoxication palustre, de l'acclimatation dans les salles d'hôpital avant l'opération, de la période menstruelle, de la grossesse, de la lactation, etc., sur les résultats d'une opération ou d'un traumatisme, cette influence est encore douteuse ou controversée.

Je crois que l'érysipèle est plus fréquent dans les diathèses herpétique ou arthritique; que souvent il peut reparaître à plusieurs reprises sur le même sujet.

Je ne crois pas, comme on le suppose généralement, que les amputations et les résections soient plus graves chez les sujets sains que chez les individus débilités par une lésion chronique, chétifs et malingres.

J'ai observé des faits, encore en petit nombre, il est vrai, mais qui sont contraires à cette hypothèse. Les chirurgiens militaires obtiennent dans leurs amputations des résultats bien supérieurs à

ceux que nous donnent les amputations pathologiques, toujours faites le plus tard possible.

M. Mazzoni, de Rome, croit que les accidents qui se développent à la suite des opérations chirurgicales résultent le plus ordinairement de la contagion et de l'infection. La prophylaxie consiste essentiellement à séparer entièrement les opérés des autres malades atteints de maladies contagieuses ou infectieuses. C'est pourquoi en Italie, particulièrement dans l'Italie méridionale, à Rome, à Naples, l'infection purulente est à peu près inconnue dans les hôpitaux. Les amputés y sont sujets non à l'infection purulente, mais à l'infection paludéenne, sous l'influence de laquelle se manifestent des accès pernicieux, ordinairement conjurés par le sulfate de quinine.

A Naples, d'après un relevé statistique du professeur Palasciano, l'hôpital de la Maternité est complétement exempt de fièvre puerpérale, bien que les soins les plus élémentaires de l'hygiène et de la propreté y soient négligés. Cette immunité, ainsi que celle dont jouissent les hôpitaux de chirurgie au point de vue de l'infection purulente, tient, d'après M. Mazzoni, à ce que les blessés, comme les femmes en couches, y sont complétement séparés, dans des hôpitaux distincts, de tout malade affecté d'une maladie contagieuse quelconque, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, maladies exanthématiques, tubercules pulmonaires, etc. Les tuberculeux, en particulier, ont des hôpitaux spéciaux dans lesquels ils sont réunis de manière à n'avoir aucune communication possible avec des opérés. En un mot, la règle dans les hôpitaux, en Italie, est la séparation la plus complète des malades qui peuvent se nuire les uns aux autres.

M. Marjolin trouve surtout la cause des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales dans l'imperfection de l'hygiène hospitalière. De là la différence entre les résultats des opérations pratiquées à la campagne ou dans les hôpitaux des petites villes, et ceux des mêmes opérations pratiquées dans les hôpitaux des grandes villes.

Dans ces derniers, en effet, du moins dans la plupart d'entre eux, existent de mauvaises conditions hygiéniques, telles que l'encombrement des salles, leur occupation pour ainsi dire indéfinie, si bien qu'elles deviennent des réceptacles impurs de miasmes délétères, des foyers d'infection et d'empoisonnement pour les malheureux qui viennent y chercher un asile.

L'expérience a démontré les immenses avantages qu'ont donnés, au point de vue des progrès de l'hygiène hospitalière, entre autres

améliorations, l'alternance bien comprise des salles et l'isolement réel des individus atteints de maladies contagieuses. Il faut que toutes les mesures dont la science réclame depuis si longtemps l'application, et dont l'expérience a prouvé l'efficacité, soient réalisées et généralisées.

L'honorable chirurgien rappelle les conclusions de la Société de chirurgie lors de sa dernière discussion, et supplie le Congrès d'user de toute son influence pour obtenir des réformes dans l'hygiène hospitalière.

Dans la trop courte discussion qui s'est engagée et à laquelle ont pris part MM. de Méric (de Londres), Jeannel (de Bordeaux), Kœberlé (de Strasbourg), Gosselin, Verneuil et Bourgade, tous nos honorables confrères ont été unanimes sur l'utilité des soins hygiéniques et tous ont insisté sur les dangers que couraient les opérés dans les grands hôpitaux.

L'accord est complet sur ce point : les médecins ont signalé le danger, ils ne peuvent faire plus ; à d'autres le soin de parachever une réforme qui intéresse au plus haut point l'humanité entière.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur les différences d'action des préparations de digitale ;

Par M. TOURDES [1].

La constance des effets est une des conditions premières de l'utilité d'un médicament ; à ce point de vue, la pharmacie a une influence capitale, ainsi que le prouve la discussion qui s'est élevée sur l'action variable des préparations de digitale.

M. le professeur Hirtz, dans des recherches cliniques pleines d'intérêt, a étudié l'action de la digitale sur l'organisme et particulièrement l'influence de ce médicament sur la chaleur animale ; appliquant ces données au traitement des maladies où la fièvre domine, il a fait ressortir l'efficacité de cet antipyrétique par excellence contre la fièvre typhoïde et la pneumonie. M. le docteur Oulmont,

[1] Nous empruntons à la *Gazette médicale de Strasbourg* cet article que vient compléter si heureusement le travail remarquable de M. Oulmont que nous avons publié.

médecin des hôpitaux de Paris, a continué les recherches de notre collègue M. Hirtz, en appliquant la même méthode d'expérimentation au traitement du rhumatisme articulaire aigu. M. Oulmont a fait usage, pour le traitement de ses malades à l'hôpital Lariboisière, de la poudre de digitale préparée par M. Hepp à la pharmacie des hospices civils de Strasbourg.

A cette occasion, une discussion s'est élevée sur l'activité variable des poudres de digitale et sur les causes de l'efficacité constante présentée par la poudre provenant de Strasbourg.

La première condition de toute expérimentation thérapeutique, comme le rappelle judicieusement M. Oulmont, est d'employer un médicament parfaitement déterminé, de façon à ce que tout expérimentateur nouveau puisse produire des résultats comparables. A cet égard, M. Oulmont donne quelques détails intéressants et qui demandent quelques moments de réflexion.

M. Oulmont a surtout voulu contrôler les expérimentations déjà faites à Strasbourg par M. Hirtz.

« Pour avoir des éléments de comparaison aussi exacts que possible, dit-il, j'ai voulu me servir de la poudre d'herbe de digitale de l'hôpital de Strasbourg même, et qui avait été obligeamment mise à ma disposition par M. Hirtz. Cette poudre, du reste, préparée avec un soin tout particulier par M. Hepp, pharmacien en chef de cet établissement, m'avait été spécialement recommandée à cause de la constance et de la certitude de son action. Je dois dire, en effet, qu'ayant manqué de la poudre de digitale de Strasbourg, j'ai employé quelquefois celle qui m'avait été fournie par d'autres pharmacies, et j'ai trouvé les effets plus lents à se produire et une activité manifestement moindre.

« Il résulterait de ces premières explications que le mode de préparation de la poudre de digitale, ou plutôt le soin qu'on met à la préparation, aurait une influence considérable sur l'activité du médicament, et que ce soin ne serait pas celui qu'on pourrait désirer dans les pharmacies autres que celles de Strasbourg, et notamment à la pharmacie des hôpitaux de Paris, puisque la plupart, sinon toutes les observations de M. Oulmont, ont été faites à l'hôpital. Il n'est pas probable, en effet, que M. Oulmont ni ses prédécesseurs attribuent des vertus spéciales à la digitale des environs de Strasbourg; le climat de l'Alsace, comparé à celui de Paris, ne nous paraît pas présenter de suffisantes différences pour faire même songer à une pareille hypothèse. Dans ces conditions, le savant et consciencieux observateur de Lariboisière aurait dû annexer à son

travail une note du pharmacien de Strasbourg sur le mode de préparation de la poudre de digitale. Cette note était d'autant plus utile, que la poudre se prépare ordinairement avec les feuilles de digitale seules, tandis que les mots « poudre d'herbe de digitale, » dont se sert M. Oulmont, sembleraient indiquer que le pharmacien de Strasbourg se sert toujours de la plante entière. C'est une explication que l'honorable expérimentateur de Lariboisière doit à ceux qui voudraient répéter ses très-intéressantes expériences. »

Voici les causes qui donnent une activité plus grande à la poudre de digitale préparée à Strasbourg et qui assurent la constance de ses effets. C'est notre habile et consciencieux pharmacien en chef qui nous a donné ces explications, que M. Hirtz avait déjà consignées dans le *Bulletin de Thérapeutique* de 1862.

M. Hepp ne prend que les feuilles de la seconde année, récoltées un peu avant la floraison; il exclut avec soin les feuilles de première année, qui sont plus belles et que le commerce admet de préférence, mais qui contiennent moins de principe actif. La digitale, en effet, est une plante bisannuelle, et c'est dans la seconde année, au début de la floraison, que les feuilles possèdent toute leur vertu médicinale. Chaque année, M. Hepp renouvelle sa provision, de sorte qu'il n'emploie jamais les feuilles ayant plus d'une année de conservation; ainsi l'hôpital de Strasbourg, en ce moment, au mois d'août, est déjà alimenté par la récolte de l'année. Les feuilles sont d'abord séchées à l'ombre, puis la dessiccation est achevée dans une étuve, dont la température ne dépasse pas 40 degrés. Loin de prendre la plante tout entière, on se borne à la feuille, dont le triage est fait à la main, en rejetant toutes les feuilles altérées. La partie parenchymateuse de la feuille est seule utilisée; on enlève avec soin les nervures médianes. Les feuilles ainsi préparées sont conservées dans des boîtes de fer-blanc ou dans des flacons de verre à l'abri de la lumière et de l'humidité. Les soins que l'on emploie pour la conservation du thé de Chine sont tout aussi nécessaires, suivant la remarque de M. Hepp, à la conservation des plantes médicinales. Les feuilles sont ensuite réduites en poudre au fur et à mesure des besoins de la consommation, pour deux mois au plus et par quantités de 200 grammes environ. L'infusion est faite avec la poudre et non avec la feuille intacte ; l'action de l'eau distillée est prolongée pendant 30 minutes, à la température de 70 degrés; la poudre épuisée est séparée au filtre. Pour une infusion ainsi préparée, la dose de 1 gramme de poudre dans 100 grammes de véhicule est une forte dose et qui n'est pas habituellement prescrite. Avec 50 centi-

grammes de poudre on obtient rapidement les effets caractéristiques de la digitale. A Strasbourg, les doses ordinaires pour les vingt-quatre heures varient entre 20 et 75 centigrammes pour 100 grammes d'infusion ; 50 centigrammes est la dose moyenne.

M. Hepp a évalué le titre de la digitale qu'il emploie à 5 grammes de digitaline par 1 000 grammes de feuille ; 1 gramme de poudre représenterait environ 5 milligrammes de principe actif, sans vouloir affirmer l'identité d'action.

Ces doses sont bien différentes de celles qui sont indiquées par plusieurs formulaires et qui sont habituellement recommandées. Ainsi, les Pharmacopées allemandes admettent, en général, 4 grammes de feuilles pour l'infusion ; la Pharmacopée du Wurtemberg va jusqu'à 50 centigrammes d'extrait. Ces doses exagérées sont évidemment l'indice d'un choix inférieur et d'une mauvaise conservation de la plante. L'efficacité de la digitale employée à Strasbourg s'explique par les précautions minutieuses qui entourent la récolte, le choix, la conservation et la préparation du remède. Tous ces soins sont d'autant plus nécessaires qu'une substance est plus active et qu'elle peut être employée à plus faible dose. Il importe d'établir à cet égard des règles précises ; car un médecin habitué aux préparations plus ou moins inertes d'une pharmacie, rencontrant tout à coup une substance douée de son efficacité réelle, est exposé à produire des accidents graves, tout en restant dans les doses que l'expérience lui avait fait considérer comme innocentes.

A ce point de vue, nous appelons l'attention sur les travaux de M. Hepp, qui a appliqué ces principes aux diverses plantes médicinales, et qui est parvenu ainsi à réhabiliter des substances dans lesquelles la foi médicale était ébranlée par l'insuffisance des préparations. Des travaux de ce genre ont encore pour résultat de restreindre l'emploi souvent périlleux du principe actif seul, en montrant que la plante elle-même peut produire des effets aussi constants et aussi sûrs, tout en conservant les avantages souvent recherchés de l'action complexe.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur un accouchement ayant duré dix-huit jours.

Il n'est pas très-rare de voir le travail de l'accouchement se prolonger au delà des limites ordinaires. On trouve dans les auteurs

des exemples d'une durée de cinq, six et jusqu'à huit jours. Mais nous n'avons pas connaissance qu'il existe dans la science d'observation que le travail ait pu se continuer pendant dix-huit jours, comme il nous a été donné de le voir, et cela sans conséquences funestes pour la mère et pour l'enfant. Aussi croyons-nous qu'il ne sera pas sans utilité de faire connaître ce cas intéressant. Il prouvera que, tant que la dilatation n'est pas complète et que la poche des eaux n'est pas rompue, une lenteur même excessive dans l'accouchement peut être sans danger, et que le médecin ne saurait, dans ces circonstances, avoir trop de patience.

Marie P..., âgée de vingt et un ans, primipare, ressent les premières douleurs de l'enfantement le lundi 20 mai dernier, vers midi. Elle ne paraît pas être tout à fait à terme, car ses dernières règles datent du 29 août 1866. Il devrait donc y avoir encore au moins dix à douze jours de gestation. Sa grossesse n'a présenté jusque-là rien de particulier : seulement, depuis un mois, elle a de l'œdème dans les membres inférieurs. Sa santé est bonne ; elle est bien constituée et d'un tempérament lymphatico-sanguin avec un certain degré d'embonpoint.

Les douleurs sont d'abord assez vives et assez fréquentes pour l'obliger à suspendre ses travaux domestiques ; mais dans la journée du 22 une véritable céphalalgie se déclare et les contractions deviennent de plus en plus rares. La sage-femme est appelée le soir. Elle passe la nuit à attendre en vain. Les douleurs ne se réveillant pas et le travail ne faisant aucun progrès, elle quitte la malade le 23 au matin, après lui avoir pratiqué une saignée du bras. Le 24 au soir, je suis appelé à mon tour, et je trouve la patiente toujours en proie à sa céphalalgie, ne prenant d'autre aliment que quelques cuillerées de bouillon, qu'elle rejette même le plus souvent, et tombant en lipothymie plusieurs fois par jour. Le pouls et la peau sont en bon état ; le ventre est relativement assez petit. Les douleurs ne se font sentir que rarement et faiblement ; elles ne reviennent que toutes les deux ou trois heures. Les parties sexuelles sont humides et à la température ordinaire. Quant au col, il est complétement effacé et présente une ouverture de la dimension d'une pièce de 50 centimes à 1 franc. La sage-femme, ainsi que je l'appris plus tard, l'avait déjà trouvé l'avant-veille à peu près dans les mêmes conditions.

Dans la pensée que la douleur de tête pouvait être la cause de la lenteur des contractions, je pris le parti d'y porter remède. C'était du reste le symptôme le plus pénible pour la femme, et puis, disons-

le, nous n'étions pas sans crainte sur la possibilité d'une éclampsie. L'intensité et la persistance de la céphalalgie, les vomissements, l'œdème des membres inférieurs, une tuméfaction du visage et du cou, qui, au dire des parents, se produisait de temps à autre, surtout pendant les lipothymies, tout cela nous paraissait suspect. La saignée faite par la sage-femme n'ayant produit aucune amélioration, et la malade ne présentant du reste aucun symptôme de pléthore ou de congestion cérébrale, je me bornai à prescrire des bains de pieds sinapisés, un lavement purgatif et une potion antispasmodique où dominait le bromure de potassium (5 grammes), ce sel nous ayant paru donner de bons résultats dans un cas d'éclampsie des plus violents que nous avions observé tout récemment, à la suite de couches, et qui s'était terminé par la guérison. En même temps, je recommandai d'appeler de nouveau la sage-femme et de me faire prévenir au moindre accident.

Plusieurs jours se passèrent sans que je reçusse des nouvelles de ma malade. Je supposai alors que les douleurs avaient fini par se ranimer et que tout s'était terminé pour le mieux. Quel ne fut pas mon étonnement quand, le treizième jour, le mari revint me chercher en m'annonçant que sa femme était toujours dans le même état! C'était le 6 juin. Je trouvai la patiente à peu près dans les mêmes conditions générales que lors de ma première visite. La douleur de tête s'était rapidement calmée sous l'influence des moyens que j'avais ordonnés; mais l'absence d'alimentation, les vomissements, les lipothymies, la rareté et la faiblesse des contractions avaient persisté. Malgré cela, l'amaigrissement n'était pas sensible : le visage avait seulement un peu pâli. Le pouls était un peu mou, mais sans fréquence et sans irrégularité. Le ventre s'était notablement développé, mais cela tenait en grande partie à l'infiltration qui avait envahi les parois abdominales. Le vagin et l'utérus se trouvaient en bon état et la dilatation mesurait cette fois le diamètre d'une pièce de 5 francs. Le fœtus ne paraissait pas avoir souffert; ses battements étaient forts et réguliers.

Malgré les instances dont je fus l'objet, je me refusai à intervenir d'une manière active. Rien, ni dans l'état de la femme, ni dans celui de l'enfant, ne commandait un accouchement immédiat. Je conseillai encore la temporisation. Je ne crus même pas utile de faire la ponction de la poche amniotique : la dilatation ne me paraissait pas suffisante et je craignais que l'orifice ne se refermât après l'écoulement des eaux et que la vie du fœtus ne fût ainsi mise en danger.

Le lendemain, j'appris que la malade était accouchée heureusement. Dans la nuit, les contractions s'étant réveillées, la sage-femme avait été mandée. A son arrivée, vers huit heures du matin, elle donnait issue au liquide amniotique, et, à dix heures, la femme accouchait d'une fille bien portante et fortement développée.

Ainsi, le travail avait duré depuis le 20 mai à midi jusqu'au 7 juin à dix heures, c'est-à-dire dix-huit jours moins deux heures, soit quatre cent trente heures. La période de dilatation avait occupé presque tout ce temps, la période d'expulsion n'ayant pris, au grand profit de la mère et de l'enfant, que quelques heures, comme cela se passe d'ordinaire. D[r] E. Rey,

A Saint-Denis, près Calus (Lot).

BIBLIOGRAPHIE.

Physiologie des mouvements démontrée à l'aide de l'expérimentation électrique et de l'observation clinique, et applicable à l'étude des paralysies et des déformations, par le docteur G.-B. Duchenne (de Boulogne), avec 101 figures dessinées d'après nature.

« Je me propose d'exposer dans ce livre l'ensemble de mes recherches sur la physiologie des mouvements de l'homme. J'y ai consacré près de vingt années, et je les ai poursuivies concurremment à l'aide de l'expérimentation électro-musculaire et de l'observation clinique, spécialement au point de vue de l'action propre que possèdent les muscles de la vie animale, et des usages auxquels ils sont destinés, soit comme agents principaux des mouvements volontaires, leurs impulseurs, soit comme leurs modérateurs, soit qu'ils concourent synergiquement à les empêcher de dévier ; soit enfin qu'ils président, par l'équilibre de leurs forces toniques, à l'attitude des membres pendant le repos musculaire. » Telles sont les premières lignes que nous lisons au commencement de la préface qui précède le nouvel ouvrage que vient de publier notre savant et laborieux confrère M. le docteur Duchenne (de Boulogne), et qui indique très-nettement le but qu'il se propose d'atteindre, et qu'il a atteint en grande partie, nous nous plaisons à le dire tout d'abord, grâce à une opiniâtreté de travail et à une spécialité d'études qui est un des grands secrets de la véritable force.

Avant d'indiquer d'une manière sommaire les principaux sujets traités, avec tous les développements qu'ils appellent, dans cet intéressant ouvrage, nous demandons au lecteur la permission de

faire ici deux courtes remarques qui éclaireront à l'avance le laborieux itinéraire suivi par notre infatigable confrère dans sa scabreuse entreprise, et qui, marquant bien l'esprit dans lequel ces études ont été faites, en prépareront heureusement l'intelligence. Si l'auteur s'était borné à rapporter les nombreuses expérimentations électro-musculaires auxquelles il a demandé la théorie précise des mouvements qu'il se proposait d'éclairer, son livre, tout intéressant qu'il fût resté sans aucun doute, dans ces limites, eût été d'une lecture plus ou moins difficile pour un grand nombre de médecins, tant nous inclinons naturellement à chercher dans une autre direction d'études les enseignements dont il s'agit ici. M. Duchenne (de Boulogne), qui n'a point vieilli en vain au contact des hommes et des choses, a parfaitement prévu cette pierre d'achoppement, et l'a très-heureusement évitée, en plaçant à côté de ces expériences, sous la rubrique de « physiologie pathologique », un grand nombre de faits bien choisis, et où les données de l'anatomie pathologique sont venues très-souvent confirmer d'une manière rigoureuse les inductions purement expérimentales. Une seconde remarque d'un tout autre ordre, mais dont la signification philosophique, à notre sens du moins, n'est pas moins sûre, et que nous tenons également à consigner ici, parce qu'elle n'a pas moins de portée que la précédente, c'est que M. Duchenne (de Boulogne), dans cet ensemble de puissances mécaniques dont le consensus aboutit à des résultats si précis, si merveilleusement calculés en vue d'un but évident à atteindre, voit ici, comme partout dans l'anatomie vivante, entre les causes et les effets, les agents et les résultats, une corrélation *voulue*, préétablie, qu'on ne peut nier sans se jeter dans un abîme d'impossibilités. Physiologiste et rien que physiologiste, dans un ouvrage qui a uniquement pour but d'exposer la théorie des mouvements musculaires, notre savant confrère ne fait que montrer d'une main discrète cette *marque de dessein*, comme on dit aujourd'hui, dans le mécanisme admirable qu'il étudie; mais si voilée qu'elle soit, il n'a pas reculé devant cette profession de foi philosophique, et nous lui en tenons compte. Par le temps qui court, c'est faire preuve d'une certaine indépendance de caractère et d'un esprit d'une certaine trempe, que de se tenir ferme sur le bord de l'abîme, où, ainsi que les anciens *commorientes* de Rome, se précipitent comme de gaieté de cœur tant d'hommes que, par une sorte de vertige, les ténèbres semblent attirer... Mais imitons nous-même la prudente discrétion de notre sage confrère, revenons à notre science proprement dite, et voyons

rapidement en quoi et dans quelle mesure les recherches laborieuses de M. Duchenne (de Boulogne), se développant dans la double direction que nous avons rappelée tout à l'heure, peuvent l'éclairer, l'ont déjà éclairée.

Notre savant confrère a partagé son ouvrage en quatre parties, dans lesquelles il étudie successivement les mouvements du membre thoracique, les mouvements du membre abdominal, les mouvements de la colonne vertébro-crânienne, et enfin les mouvements de la face, où l'on n'a fait que résumer le grand et important travail sur le mécanisme de la physionomie humaine, que nous aurions aimé à rapprocher des éloquentes leçons de Gratiolet sur le même sujet. Un enseignement capital découle de toutes parts de ces laborieuses recherches, soit qu'elles prennent pour instrument d'investigation l'électrisation localisée, soit qu'elles s'appuient sur les données fournies par la physiologie pathologique, cette expérimentation toute faite : c'est que tous les mouvements physiologiques, c'est-à-dire calculés en vue d'un but à atteindre, d'une idée à réaliser, comme disait Burdach, supposent toujours le jeu simultané d'un plus ou moins grand nombre de muscles. Les puissances musculaires ainsi connues au point de vue de la part qu'elles prennent dans un mouvement physiologique donné, M. Duchenne (de Boulogne) les distingue en impulsives, en modératrices et en collatérales. Peut-être qu'en cherchant un peu, et sans recourir aux violences helléniques de M. le professeur Piorry, on eût pu trouver des termes qui rendissent mieux, d'une manière moins vague, le sens qu'on y attache ; mais les faits que traduisent ces expressions sont si nettement caractérisés, ils se pressent en si grand nombre dans l'ouvrage de notre distingué confrère, qu'aucune incertitude ne peut rester dans l'esprit du lecteur sur les phénomènes que ces mots veulent exprimer. Cette simultanéité d'action de groupes musculaires différents, dans l'accomplissement d'un mouvement physiologique quelque peu complexe, M. Duchenne en a cité de nombreux exemples dans le cours de son ouvrage, et il rectifie ainsi de fausses données ayant eu cours pendant plus ou moins longtemps dans les traités de physiologie. En voici un, entre autres, qui frappe par la netteté et l'inévitabilité du résultat. On a longtemps considéré le deltoïde comme l'agent d'élévation des bras. Cela est vrai, mais n'est vrai qu'avec une correction : car en appliquant l'électrisation localisée à ce muscle, l'élévation de l'humérus a lieu, mais en même temps l'omoplate prend une attitude vicieuse, et en définitive, sous l'influence de cette

mise en jeu du seul deltoïde, il se produit une subluxation scapulo-humérale. M. le docteur Duchenne, commentant brièvement cette expérience, en conclut légitimement que les mouvements provoqués par les contractions musculaires partielles produisent des déformations, qu'elles ne sont pas physiologiques, et enfin que l'action musculaire isolée n'est pas dans la nature. Voilà ce qu'enseigne de la manière la plus irréfragable la faradisation appliquée à un muscle isolé ; mais cet enseignement, la physiologie pathologique vient le confirmer hautement dans de nombreux cas qu'on peut observer tous les jours. Ainsi, qu'un muscle, dont le concours est nécessaire à l'accomplissement d'un mouvement physiologique, soit empêché dans son action par une altération quelconque, une atrophie ou une paralysie, par exemple ; eh bien, ce concours faisant défaut, le mouvement du muscle isolé produira exactement le même résultat que dans l'expérience précédente. C'est ainsi que si l'on fait élever le bras, comme tout à l'heure, à un malade atteint d'une atrophie ou d'une paralysie du grand dentelé, on verra se produire le même accident que dans le cas où par la faradisation l'on fait contracter isolément le deltoïde. Ces exemples suffiront, je pense, à bien montrer dans quel esprit est conçu le livre de notre savant confrère, et à faire pressentir combien d'enseignements utiles découlent d'études si laborieusement et si judicieusement conduites.

Maintenant, en face de faits si remarquables, et qui se rencontrent à chaque pas, M. Duchenne (de Boulogne) se pose une question : Il y a évidemment une force en dehors des muscles, qui coordonne avec une merveilleuse précision leur action simultanée, leur concert physiologique : mais quelle est cette force, et où réside-t-elle ? Quant à la première question, notre savant confrère propose tout simplement d'appeler cette force : faculté coordinatrice de la locomotion ; ce qui n'est, à vrai dire, que constater le fait sous une autre formule. Quant à la seconde, M. Duchenne tendrait à faire un pas de plus, en plaçant cette faculté dans un point indéterminé du myélencéphale : voici, ce sont ses propres paroles que je cite, comment il entendrait le rôle de la substance nerveuse dans cette importante fonction. « Certaines cellules de la substance grise se combinent pour harmoniser les associations impulsives, les associations modératrices, et quelquefois les associations collatérales, nécessaires à tout mouvement, nécessaire ou instinctif. Ces combinaisons de cellules de la substance grise sont elles-mêmes commandées et régies par certaines cel-

lules de l'encéphale. De même, en effet, que la faculté coordinatrice de l'articulation des mots, dont la paralysie constitue une des espèces d'aphonie, paraît (c'est encore bien douteux), d'après les recherches modernes, avoir son siége dans un point des hémisphères cérébraux, de même la faculté coordinatrice de la locomotion puise peut-être son innervation spéciale dans l'encéphale, ailleurs, bien entendu, que dans le cervelet. » Il est évident qu'ici nous entrons de plain-pied dans les ténèbres, et qu'*à priori* ce siége supposé dans l'encéphale de la faculté coordinatrice des mouvements, n'est pas plus démontrable que le *sensorium* spinal inconscient de Pflüger et Jaccoud. La science, qui aujourd'hui est forcée de s'arrêter là, et qui, quand elle veut passer outre, ne fait rien de plus, en somme, que du pur nominalisme, ira-t-elle quelques pas plus loin ? soulèvera-t-elle le voile qui nous cache les secrets les plus intimes de la vie ? M. Duchenne n'en désespère pas : ces longues espérances sont saines à l'esprit, il faut les lui laisser ; quand elles ne devraient jamais se réaliser, on n'en devrait pas moins les encourager, puisqu'elles peuvent devenir pour les intelligences laborieuses, inquiètes, tourmentées de la grande curiosité, un stimulant utile, et concourir ainsi à enrichir de loin en loin la littérature médicale d'ouvrages aussi intéressants que celui dont nous venons de parler.

En somme, bien que M. le docteur Duchenne, en voulant synthétiser la grande donnée physiologique qui sort de partout de ses recherches, ait abouti sur ce point à une pure hypothèse, son livre n'en reste pas moins une collection de faits, soit expérimentaux, soit cliniques, d'une très-grande portée, et qui resteront dans la science pour la rectifier sur quelques points, et en préparer le progrès réel sur une foule d'autres.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Traitement des maladies articulaires par le cataplasme de M. le professeur Trousseau. — Les maladies articulaires sont nombreuses, mais, quelles que soient leur nature, leur forme, leur intensité, on retrouve toujours deux symptômes qui dominent même dès le début la pathologie articulaire. Ces symptômes sont la douleur et l'altération des mouvements. Ils sont étroitement liés l'un à l'autre et parfois solidaires à ce point que, si la douleur est

supprimée, les mouvements un instant compromis reparaissent.

C'est ce que nous voyons tous les jours au début de maladies, telles que la coxalgie et le mal sous-occipital, dans les arthrites simples, blennorrhagiques, rhumatismales, du genou ou du cou-de-pied. En ce qui concerne ces dernières, et l'arthrite blennorrhagique surtout, qui devient si fréquente, depuis qu'on apprend à la mieux connaître, la thérapeutique est des plus variées.

Je ne parle pas ici de ces cas, heureusement fort rares, dans lesquels l'intervention chirurgicale est souvent nécessaire : je veux m'occuper de ces arthrites qui, malgré leur bénignité relative, exigent un traitement de plusieurs semaines, et réclament encore de longs ménagements après la guérison.

On est appelé auprès d'un garçon atteint d'une arthrite blennorrhagique du genou, l'articulation est tuméfiée, les douleurs sont vives et les mouvements impossibles. On s'empresse de soumettre le malade au repos, puis on applique suivant le cas, tantôt des sangsues, tantôt des cataplasmes, ou encore un large vésicatoire, et on attend. Huit jours se passent, pas d'amélioration. Le gonflement augmente, la douleur ne disparaît pas; on insiste alors sur des frictions de tout genre, avec l'iode, avec le chloroforme, avec l'onguent mercuriel; on agit par la compression, ou bien on applique un second vésicatoire, et on attend encore. Et il n'est pas rare d'attendre ainsi six semaines, deux mois, en dépit des moyens employés.

Le malade s'impatiente, et plus d'une fois le médecin partage en secret ses inquiétudes; il interroge avec soin les antécédents, il redoute un tempérament affaibli ou scrofuleux, et le mot de tumeur blanche se présente involontairement à son esprit. Cependant un mieux se manifeste; les mouvements, moins douloureux, reparaissent peu à peu, la convalescence commence, mais elle sera aussi longue que la maladie.

Il est une médication employée par M. Trousseau contre ces maladies articulaires; elle est fort simple : c'est un cataplasme dont j'ai vu de fréquentes applications, et qui m'a paru donner les meilleurs résultats; voici comment on le prépare et comment on l'applique.

On prend, suivant le volume de l'articulation malade, un kilo et demi ou deux kilogrammes de pain, on le coupe en morceaux (la croûte et la mie, peu importe), et on le fait tremper dans l'eau, durant un quart d'heure.

Puis, on l'exprime fortement au moyen d'un linge qu'on tord sur

lui-même, et le pain, ainsi préparé, est placé au bain-marie, où il doit rester trois heures.

On obtient ainsi une sorte de pâte, assez desséchée, qu'on ramollit peu à peu par l'addition d'un tiers de litre environ d'alcool camphré. Ce gâteau est pétri pendant dix minutes, il doit avoir la consistance assez ferme du plum-pudding.

Ce degré de consistance est essentiel à obtenir; trop mou, le cataplasme fuserait sous la compression exercée au niveau de l'article; trop dur, il se dessécherait et pourrait excorier la peau.

Quand il est ainsi préparé, on l'étale sur une compresse de toile, en lui donnant la forme d'un rectangle allongé. plus épais au centre que sur les bords, et de dimension telle, qu'il puisse envelopper complétement l'articulation.

Puis on étend à sa surface une mixture très-liquide, composée comme suit :

Camphre................................	7 grammes.
Extrait de belladone........................	5 —
Extrait d'opium............................	5 —

Le cataplasme est terminé. L'application est des plus simples. On le met à nu sur l'articulation malade, et on entoure le tout de taffetas gommé, destiné à s'opposer à l'évaporation.

On fixe l'appareil en exerçant une compression assez énergique, au moyen d'une bande de flanelle longue de dix mètres; on termine enfin par une seconde bande de toile de même longueur que la précédente.

Le membre malade doit rester au repos, et le cataplasme n'est levé que du neuvième au douzième jour. On est surpris, à ce moment, de le trouver aussi frais, aussi humecté que si on venait de le préparer.

Il est utile de l'appliquer dès le début de la maladie articulaire. Les douleurs sont calmées au bout de peu de temps. Si un premier cataplasme ne suffit pas, il est rare qu'un second ne triomphe pas du mal; on comprend, du reste, qu'il faut insister sur la médication, en raison de l'intensité de l'affection.

On en obtient encore d'excellents résultats dans les hydarthroses, et même dans les tumeurs blanches peu avancées. Ces faits ont été constatés par M. Péter, agrégé de la Faculté. Tout récemment M. le docteur Demarquay employait avec succès ce traitement sur un de ses malades, qui depuis trois mois avait été soumis en vain

à différentes médications. J'ai, pour ma part, réuni quatorze cas dont la plupart sont aussi concluants que possible.

Si l'on cherche à analyser l'action de cette médication, on voit que trois indications principales sont remplies : le malade garde forcément le repos ; il y a une compression continue, exercée pendant huit jours au moins, et la partie malade est plongée dans une sorte de bain local, dont la température ne varie pas.

Au premier abord, le prix de ce cataplasme peut paraître trop élevé pour les gens peu aisés, car les substances employées ne reviennent pas à moins de 6 francs (et 3 francs dans les hôpitaux) : mais cet argument perd de sa valeur quand on veut bien réfléchir que le même cataplasme reste appliqué plus de huit jours ; or, en bonne conscience, quels sont les médicaments qui, employés pendant une semaine, n'atteindraient pas et ne dépasseraient pas le même prix ?

Du reste, quand les douleurs sont peu vives, la mixture de belladone et d'opium n'est pas nécessaire, et cette seule modification diminue le prix de moitié.

Georges Dieulafoy,
Interne des hôpitaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Traitement de la néphrite albumineuse par l'iodure de potassium. M. Crocq (de Bruxelles) croit avoir trouvé le traitement réellement efficace de l'une des formes de la néphrite, celle qu'il appelle parenchymateuse.

Le médicament qu'il emploie est l'iodure de potassium. Il n'est pas nouveau, c'est le mode de l'administrer qui l'est. L'iodure de potassium ne possède toute son efficacité dans le traitement de la néphrite albumineuse que s'il est employé à une dose suffisante. Aussi prescrit-il d'abord 2 à 3 grammes d'emblée pour vingt-quatre heures et augmente ensuite d'un gramme tous les deux ou trois jours jusqu'à ce qu'il soit arrivé à la dose de 10, 15 et même 20 grammes. Il n'est pas toujours nécessaire d'atteindre cette dose extrême. Si l'amélioration commence et se maintient vers la dose de 8 à 10 grammes, par exemple, on reste à cette dose jusqu'à la fin. Quoi qu'on en ait dit, l'iodure de potassium peut être toléré à doses élevées, dans un grand nombre de cas ; mais c'est dans la néphrite albumineuse surtout que la tolérance de l'organisme pour ce médicament se manifeste avec le plus d'évidence. On peut dire d'une manière générale que plus les doses sont élevées, plus il agit avec efficacité. La seule limite, à cet égard, est posée par la tolérance de l'organisme

On peut associer à l'iodure de potassium, suivant les indications, le sirop d'iodure de fer, le tannin, le perchlorure de fer, etc. S'il survient de la diarrhée, signe d'intolérance du tube digestif, on diminue un peu la dose et l'on donne en même temps la poudre de sous-nitrate de bismuth. M. le professeur Crocq a rendu témoins des résultats qu'il obtient par cette médication tous les élèves qui suivent sa clinique à Bruxelles. Il n'a d'ailleurs jamais observé, depuis plusieurs années qu'il la met en usage, d'accidents d'intoxication, d'amaigris-

sement, de marasme, en un mot, d'iodisme. (*Congrès médical international.*)

Traitement du choléra. Le docteur Poznanski (de Saint-Pétersbourg), qui s'est beaucoup occupé du choléra, propose le traitement suivant : il consiste dans l'emploi de l'acide prussique médicinal à fortes doses, jusqu'à vingt-cinq gouttes toutes les cinq minutes dans la période algide. Il emploie fréquemment la saignée au début, et même dans la période algide.

Dans la période typhoïde, il se trouve bien de l'ammoniaque.

Dans des expériences qu'il aurait faites à Saint-Pétersbourg, M. Poznanski n'aurait eu que huit morts pour cent.

Maintenant, voici la formule de M. Desprez (de Saint-Quentin), qui donne deux observations de succès obtenus par elle dans des cas très-graves :

Sirop de chlorhydrate de morphine.	40	grammes
Chloroforme. . .	1	—
Alcool.	8	—
Acétate d'ammoniaque (esprit de Mindererus).	10	—
Eau	110	—

M... A prendre une cuillerée ordinaire toutes les demi-heures.

Le chloroforme réparti d'une façon égale, au moyen de l'alcool, dans la masse du liquide, est un agent véritablement spécial ; à dose modérée, il produit une sensation de fraîcheur et en même temps de force incomparables. Les spasmes, les contractions de l'estomac cèdent comme par enchantement ; les liquides introduits prudemment et en très-petite quantité ne sont plus que très-rarement rendus. Dans l'estomac il se volatilise, et ses vapeurs gazeuses sont certainement absorbées.

Les meilleurs stimulants diffusibles et diaphorétiques sont, sans contredit, les ammoniacaux et les opiacés : combinés ensemble, ils constituent des agents sudorifiques d'une puissance incontestable, et que je n'ai presque jamais invoqués en vain.

L'acétate d'ammoniaque neutralise le narcotisme produit par les opiacés : il est bien supporté, en général, par la muqueuse digestive. Passé dans le torrent de la circulation, il diminue la plasticité du sang sans dissoudre les globules.

Une des propriétés les moins douteuses de l'opium est certainement celle de provoquer, d'une façon fréquente et presque certaine, la transpiration cutanée ; parallèlement à cette faculté, marche une autre propriété presque certaine aussi, c'est celle de diminuer l'abondance des sécrétions intestinales ; il n'entrera dans la pensée de qui que ce soit de dénier à l'opium la puissance de calmer les douleurs.

Mais, à dose un peu élevée, il prédispose aux congestions cérébrales, un des grands dangers du choléra lors de la période de réaction. Il importe donc de doubler sa puissance sudorifique de celle des ammoniacaux, qui n'ont pas l'inconvénient de stupéfier. (*Congrès médical international.*)

De l'emploi des sulfites et des hyposulfites de magnésie et de soude en thérapeutique. Depuis 1857, M. Polli s'est occupé, d'une manière suivie, de la question des maladies qui ont pour cause des ferments introduits ou développés spontanément dans l'économie vivante et des moyens d'y remédier.

Il a étudié l'action décomposante de certaines substances sur les matières en état de fermentation, et, de leur propriété neutralisante, il a conclu à la possibilité de leur influence antiseptique dans l'organisme.

De toutes les substances qui ont la propriété de décomposer et de détruire les ferments, l'acide sulfurique est certainement la plus active, mais il ne peut être employé, en nature, comme agent médicamenteux. M. Polli s'est demandé si l'on ne trouverait pas dans les composés alcalins ou terreux, et les dérivés de cette substance, par exemple dans les sulfites et les hyposulfites, des agents qui, tout en conservant les propriétés antiseptiques de l'acide sulfurique, pourraient être utilisés comme médicaments.

De nombreux essais, commencés en 1860, lui ont donné la conviction que cette hypothèse avait des fondements réels, et que les sulfites et hyposulfites conservent l'activité antiseptique de l'acide sulfurique ou sulfureux libres.

De nombreuses expériences sur les animaux auxquels il injectait des liquides en décomposition putride, sang, pus, etc., et qu'il traitait ensuite

par les sulfites et les hyposulfites, lui ont donné les meilleurs résultats.

Avant de les appliquer à la guérison des maladies à ferments chez l'homme, M. Polli a commencé par expérimenter sur lui-même l'action de ces substances, afin de déterminer les doses auxquelles elles pouvaient être administrées sans inconvénient. Des expériences auxquelles il s'est livré sur lui-même et sur quelques-uns de ses collègues qui ont bien voulu s'y prêter, il résulte que la dose de 10 à 15 grammes de sulfite de magnésie ou de soude par jour, par prises de 5 grammes, est sans inconvénient sur un adulte. Il convient de boire, après chaque prise, une certaine quantité d'eau pure et sucrée. Cette dose peut être réitérée plusieurs jours de suite sans inconvénient sérieux.

L'expérience prouve que les liquides de sécrétion, urine, etc., des animaux ou de l'homme, ainsi traités par les sulfites, manifestent plus de résistance qu'à l'ordinaire à la fermentation ammoniacale.

Enfin, de nombreux essais cliniques faits chez des malades atteints de diverses maladies procédant des ferments morbides, telles que fièvres éruptives, fièvres intermittentes palustres, typhus et fièvres typhoïdes, fièvres par résorption putride ou purulente, fièvres puerpérales, pourriture d'hôpital, piqûres anatomiques, plaies de mauvais caractère, etc., etc., de nombreux essais, dit M. Polli, ont démontré que les sulfites et les hyposulfites exercent, dans la plupart de ces maladies, la plus heureuse influence. Les expériences du professeur de Milan ont été, dit-il, confirmées par les résultats qu'ont obtenus les praticiens les plus distingués de l'Italie et des autres pays. Depuis 1861, M. Polli déclare avoir recueilli plus d'un millier de faits favorables à la médication qu'il propose. Il résulterait de ces faits que les sulfites auraient, entre autres, dans le traitement des fièvres paludéennes, des propriétés curatives et même supérieures à celles du quinquina et du sulfate de quinine. — Le pansement des plaies et blessures, avec une solution composée d'une partie de sulfite de soude pour cinq à six parties d'eau, procurerait aussi les meilleurs résultats. Enfin, quelques médecins vétérinaires ont appliqué cette médication avec les plus grands avantages dans la morve, le farcin, les maladies anthracoïdes des animaux, etc.

L'usage des préparations sulfitées à l'extérieur n'entraîne aucun inconvénient sous le rapport de l'odeur et de la coloration imprimées aux pièces de linge et de pansement, etc. — Usitées, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, elles sont d'une parfaite innocuité et ne peuvent jamais devenir toxiques; enfin, par la modicité de leur prix, elles sont accessibles à toutes les bourses. (*Congrès médical international.*)

Des médications offensives dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Sous cette dénomination, M. Marchal (de Calvi) comprend la médication ferrugineuse, la médication sulfureuse, la médication iodée, la pire de toutes, peut-être aussi le quinquina. « Il est des chloroses qu'il faut respecter et qu'il ne faut pas chercher à guérir, disait Trousseau dans ses cours et dans ses livres. Le fer, en guérissant l'anémie, ne fait que hâter les manifestations d'une diathèse latente, qui fût restée telle sans le coup de fouet dangereux que leur donne la médication ferrugineuse. L'anémie est, en quelque sorte, la soupape de sûreté qui empêche l'explosion de ces hémoptysies auxquelles succombent la plupart des malades. » M. Marchal (de Calvi) s'est peut-être inspiré des idées de Trousseau, en même temps que des leçons, de l'expérience de ce maître des maîtres, en proscrivant le fer du traitement de la phthisie pulmonaire, comme prédisposant aux hémoptysies.

C'est par le même mécanisme, et en provoquant les hémorrhagies bronchiques, qu'agissent le soufre et l'iode, d'après M. Marchal (de Calvi). Les eaux sulfureuses, Eaux-Bonnes, Enghien, etc., doivent être généralement interdites aux phthisiques. Très-salutaires contre les affections purement catarrhales, elles sont extrêmement nocives dans les catarrhes d'origine pneumo-phymique. Enfin, l'iode et les iodures, dont l'observation et l'expérience ont proclamé les grands avantages dans le traitement des manifestations de la scrofule et de la syphilis, n'ont plus qu'une influence délétère lorsque, à ces diathèses, se joignent des prédispositions tuberculeuses. L'iodure de mercure, l'iodure de potassium, etc., ont plus d'une fois, suivant M. Marchal (de Calvi), fait éclater des hémoptysies graves et parfois mortelles en guérissant des manifestations syphilitiques contre lesquelles on les avait prescrits. Il en a été de même de

l'huile iodée, excellente contre la scrofule, dangereuse contre la tuberculose.

La conclusion de la note de M. Marchal (de Calvi), c'est qu'il ne faut chercher ni dans le fer, ni dans le soufre, ni dans l'iode, ni dans le quinquina, ni dans aucune médication pharmaceutique active, le remède ou le palliatif de la phthisie pulmonaire ; toute thérapeutique active est généralement *offensive* dans cette maladie. C'est à l'hygiène qu'il faut s'adresser; il faut déplacer les malades, les faire émigrer dans d'autres climats. S'il existait de par le monde un pays où il n'y eût pas de phthisie pulmonaire, c'est là que l'on devrait les pousser eux et leur lignée. Ce n'est pas tout de faire la médecine de l'individu, il faut faire encore celle de l'espèce. Mais, pour cela, il faudrait avoir une bonne géographie médicale. C'est l'immortel honneur du docteur Boudin de l'avoir commencée; ce sera la tâche des congrès médicaux, et surtout des congrès médicaux internationaux, ces apôtres de la science médicale universelle, de continuer et d'achever cette grande œuvre. (*Congrès médical international.*)

Bandages plâtrés. Les bandages plâtrés sont connus depuis longtemps et journellement appliqués, M. Van den Lohe a modifié le procédé ordinaire au moyen de bandes imbibées de plâtre de la manière suivante, ce qui permet de les transformer aisément en bandages amovo-inamovibles.

On arrange en bandage de Scultet, sur un coussin revêtu d'une alèse, douze ou treize bandelettes plâtrées; sur celles-ci, au milieu, trois ou quatre bandelettes plâtrées longitudinales, pour fortifier l'appareil à sa partie postérieure. Sur ceci on couche de douze à treize bandelettes non plâtrées qui doivent dépasser les plâtrées de deux à trois travers de doigt d'un côté, et tant soit peu du côté opposé.

On place l'appareil ainsi préparé sous le membre fracturé. Puis on mouille, et l'on applique premièrement les bandelettes non plâtrées et plâtrées du côté où les non plâtrées dépassent le moins les plâtrées. Après les avoir appliquées, on mouille et l'on applique celles du côté opposé, et quand celles-ci sont toutes appliquées, on place encore des bandelettes plâtrées longitudinales antérieurement, et, si l'on veut, latéralement pour fortifier l'appareil.

De cette manière, les bandelettes non plâtrées et les plâtrées d'un côté sont toutes placées sur celles du côté opposé, au point de croisement, et comme les non plâtrées sont plus longues, on peut facilement ouvrir l'appareil en deux valves, en commençant par le bas.

Ce même procédé peut être appliqué avec des pièces de flanelle imprégnées de plâtre d'un côté, se correspondant par leurs côtés plâtrés.

Le *bandage trico-plâtré* est fait de trois bas, dont l'un est imprégné de plâtre extérieurement, le second des deux côtés, le troisième intérieurement.

On peut introduire ces trois bas à la fois, ou l'un après l'autre. Il faut qu'ils soient très-élastiques, afin de pouvoir se mouler sur les parties, et en prendre l'empreinte la plus exacte. On peut les fortifier à l'aide de bandelettes placées longitudinalement.

Ces appareils *trico-plâtrés*, qui peuvent varier à l'infini, sont surtout à recommander dans les cas d'entorses, de tumeurs blanches, de varices, etc. Rien de plus facile que de rendre ce bandage amovo-inamovible, en le fendant dans toute sa longueur, soit qu'on ait réservé un pli longitudinal, qu'on ouvre avant la solidification, soit qu'on ait posé les trois bas déjà fendus, de manière à les recouvrir par les bords, etc., etc. (*Congrès médical international.*)

Préservatif de la coqueluche. M. Davreux, de Liége, pense être autorisé à conclure que l'aconit, associé à l'ipéca et à l'eau de laurier-cerise, jouit, par rapport à la coqueluche, de propriétés préservatrices véritables; celles-ci sont ou préventives dans le sens propre du mot, ou simplement abortives, ce qui revient au même au point de vue pratique; et enfin ces propriétés se manifestent toujours, malgré le caractère épidémique de la maladie.

La formule qui lui a servi dès le principe, et dont il ne s'est pas encore départi, est la suivante :

Extrait d'aconit. . . .	0gr,05
Eau de laurier-cerise.	4 gr.
Sirop d'ipécacuanha. .	5 gr.
Eau gommeuse.	200 gr.

On administre cette potion dès qu'un enfant présente la toux caractéristique, surtout s'il a été exposé à la

contagion. La dose est d'une cuillerée à café d'heure en heure pour un enfant du premier âge; passé trois ans, on donnera deux cuillerées à la fois, et chez l'adulte on peut donner une cuillerée à bouche. Le traitement doit, en moyenne, être continué huit à dix jours, alors même que le malade ne tousserait plus; il réussit d'autant mieux, que la toux sera plus récente; il a échoué chez un enfant de six ans qui toussait depuis neuf jours: le onzième jour, on constatait la coqueluche, dont sa sœur était, du reste, atteinte. (*Congrès médical international.*)

REVUE DES JOURNAUX.

Formule de suppositoires vaginaux. On commence par couler dans un moule spécial, en étain, un cône creux en beurre de cacao de 7 centimètres de longueur et de 2 centimètres de diamètre; la cavité intérieure a 12 millimètres de diamètre, et les parois ont 4 millimètres d'épaisseur.

C'est comme un gros étui en beurre de cacao.

On verse dans la cavité des solutions de divers médicaments à la glycérine; par exemple :

Glycérine. . . 10 gr.
Tannin. . . . . 4 —

ou bien :

Glycérine. . . 10 —
Morphine. . . 5 centigr.

etc., etc., selon les indications qu'on veut remplir.

Ensuite, on bouche l'orifice du suppositoire, en coulant sur la glycérine une quantité suffisante de beurre de cacao fondu. En raison de la différence de densité, celui-ci, ne se mêlant point à la glycérine, forme, en se figeant, une sorte de bouchon hermétique.

On obtient donc en définitive un suppositoire, dont les parois en beurre de cacao, suffisamment résistantes pour l'introduction dans le vagin, contiennent un glycérolé quelconque.

Peu après l'introduction, la chaleur organique fait entrer les parois en fusion; mais le bouchon, plus massif, obture le vagin, qui reste baigné par le glycérolé médicamenteux. (*Journal de médecine de Bordeaux*, août.)

Trépanation à la suite d'une fracture du crâne; guérison. L'emploi du trépan, presque oublié en France pendant longtemps, mais que nos chirurgiens veulent remettre en honneur, rendra entre leurs mains des services précieux. Voici un cas dans lequel le blessé, sans aucun doute, a dû la vie à la trépanation.

Il s'agit d'un Arabe, âgé de quarante ans, qui, le 20 octobre 1862, fut apporté à l'hôpital de Dellys, ayant reçu, environ quinze jours auparavant, des coups de bâton sur la tête. A l'entrée, M. Dunal constate l'état suivant : plaie contuse, horizontale, très-étroite, longue de 7 centimètres, située au-dessous de la ligne courbe occipitale supérieure, et bornée aux téguments; deuxième plaie de même nature, verticale, de 6 centimètres de long, suivant une direction parallèle à la suture fronto-pariétale droite, en arrière de laquelle elle est située; l'os, dénudé dans l'étendue de 4 centimètres, ne présente aucune trace apparente de fracture; décollement rempli de pus de bonne nature dans la fosse temporale droite; état général bon, les fonctions s'accomplissant régulièrement, sauf de la somnolence.— Incision du décollement; alimentation légère; médication expectante.— Le 7 novembre, la plaie de la région occipitale est à peu près cicatrisée; l'autre a bon aspect, mais reste stationnaire, et l'os qui en constitue le fond a pris une teinte grisâtre prononcée.

Le 8 novembre, apparition d'hémiplégie à gauche, blépharoptose et contraction pupillaire, commissure labiale tirée à droite, langue déviée à gauche; pouls lent, température abaissée, somnolence plus marquée. Le 9, incontinence des matières fécales et des urines, coma, pas de convulsion. Tout fait pronostiquer une fin prochaine.

M. Dunal pratique la trépanation, qui lui paraît la seule ressource applicable. L'incision cruciale a mis à découvert un léger enfoncement, d'où partent plusieurs fêlures indiquant une fracture étoilée, très-étendue A travers la perte de substance faite par le trépan, on aperçoit la dure-mère déchirée, non adhérente; deux esquilles font saillie dans la cavité crâ-

nienne ; au fond, la masse cérébrale apparaît, agitée de mouvements rhythmiques. A l'aide de l'élévatoire et de pinces à dissection, on parvient, sans peine, à extraire toutes les portions d'os qui constituent l'enfoncement, et à augmenter d'une manière sensible l'ouverture du trépan. Les gros fragments sont encore trop bien fixés pour qu'il soit possible de les extraire ; leur élimination se fera petit à petit. Il s'est écoulé deux cuillerées à bouche de pus mêlé de liquide encéphalo-rachidien. Pansement simple.

Le soir de l'opération, fièvre ardente, coma profond. Mieux le lendemain. Le troisième jour, la fièvre a disparu, ainsi que la somnolence ; plus d'incontinence des excréments ; retour de la sensibilité des membres paralysés et de l'expression de la physionomie. Sans raconter jour par jour le rétablissement de l'opéré, il suffira de dire qu'au bout d'une semaine il se promenait dans la salle.

Neuf esquilles ont été successivement recueillies pendant les trois mois qui suivirent, dont l'une a 37 millimètres de long et une autre 40 millimètres. La brèche osseuse, à un moment donné, mesurait 9 centimètres de haut et 5 centimètres transversalement. Cependant, malgré cette large communication entre l'air extérieur et l'intérieur de la boîte cérébrale, la guérison s'est effectuée régulièrement, et la santé générale est excellente, mais l'ouverture du crâne n'est pas refermée. (*Gaz. des Hôp.*, 1867, n° 78.)

Extraction d'une aiguille à coudre logée depuis longtemps dans le bras. Les observations de corps étrangers ayant séjourné un temps quelquefois très-long dans les tissus sans donner lieu à aucun phénomène réactionnel de la part de l'organisme ne sont pas très-rares ; elles présentent encore cependant un intérêt assez grand pour qu'il ne soit pas inutile de consigner les faits nouveaux à mesure qu'ils se produisent. Nous ajoutons donc le suivant, rapporté par M. le docteur Bérenger-Féraud, à ceux que notre recueil renferme en nombre déjà considérable.

Mme M., âgée de vingt-quatre ans, portait au bras droit, vers l'insertion supérieure du grand supinateur, un petit corps étranger assez profondément placé, de forme allongée, un peu mobile, ne provoquant pas de douleur spontanée, mais seulement une sensation de piqûre quand on dirigeait les pressions dans certains sens. Il n'y avait pas de gonflement, pas de changement de coloration à la peau, nulle cicatrice dans le voisinage, et Mme M., qui s'était aperçue de l'existence de ce corps étranger depuis environ douze ans, n'avait aucune idée de la manière dont il avait pu s'introduire.

Notre confrère, consulté, propose l'extraction immédiate, qui est acceptée. La peau ouverte par une incision d'un centimètre de long, vers le point où se trouve l'extrémité antérieure, des pressions sont faites pour faire saillir cette extrémité entre les lèvres de la plaie ; mais dans ces manœuvres l'autre extrémité vient à se dessiner très-clairement sous la peau, et il paraît plus simple et plus facile de faire à ce niveau une seconde incision plus petite, par laquelle le corps étranger est extrait à l'aide d'une pince, et non sans des efforts assez considérables. C'était une aiguille d'acier, longue de 16 millimètres, rompue depuis longtemps vers sa pointe, noirâtre dans toute son étendue, lisse aux deux extrémités et oxydée assez fortement sur le milieu de sa longueur. La guérison se fit ensuite avec une grande rapidité. (*Gaz. des Hôp.*, 1867, n° 76.)

VARIÉTÉS.

On nous prie de rappeler (et nous le faisons volontiers) que la *Société protectrice de l'enfance* a ouvert un concours sur la question suivante :

« De l'allaitement maternel étudié aux points de vue de la mère, de l'enfant et de la société. »

Les mémoires doivent être adressés, francs de port, avant le 15 décembre 1867, au secrétaire général de la Société, rue Béranger, 17. Le prix sera de 500 francs.

La Société décernera dans sa séance annuelle, en janvier 1868, des récompenses aux nourrices qui lui seront signalées pour leur dévouement dans l'accomplissement de leur tâche.

Les propositions, accompagnées de pièces justificatives, seront reçues à la même adresse jusqu'au 30 novembre prochain.

Faculté de médecine de Strasbourg. — Par décision du 16 août 1867, le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante la chaire d'anatomie normale et d'anatomie pathologique.

MM. les aspirants à cette chaire sont invités à faire parvenir leurs titres au secrétariat de la Faculté pour le 15 octobre prochain au plus tard.

Les pièces à produire sont : 1° l'acte de naissance dûment légalisé et constatant que le candidat est âgé de trente ans au moins ; 2° le diplôme de docteur en médecine.

Les aspirants auront soin de faire connaître leurs titres antérieurs ; la nature et la durée de leurs services dans l'enseignement ; les ouvrages et mémoires qu'ils auraient publiés.

Le prix destiné au meilleur mémoire présenté au Congrès a été décerné à M. le professeur Bourgade, de Clermont-Ferrand, pour son travail intitulé : *Des accidents qui compliquent les opérations chirurgicales.*

Concours. — Le concours pour deux places de chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Damaschino et Duguet.

Le concours pour la place de chef de clinique d'accouchements vient de se terminer par la nomination de M. le docteur A. Charpentier.

— Le concours pour une place de pharmacien des hôpitaux de Paris, en remplacement de M. le docteur Ch. Leconte, agrégé à la Faculté de médecine, pharmacien de l'hôpital des Enfants, démissionnaire, vient de se terminer par la nomination de M. Byasson, ancien interne en pharmacie, lauréat des hôpitaux.

M. Delacour (Claude-Joseph), professeur de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur de clinique interne à ladite Ecole en remplacement de M. Pinault, décédé.

M. Aubrée, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur de clinique externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Delacour, appelé à d'autres fonctions.

M. Dayot, suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Aubrée, appelé à d'autres fonctions.

M. Petit (Raymond), docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de médecine proprement dite, en remplacement de M. Dayot, appelé à d'autres fonctions.

M. Bellamy, docteur en médecine, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Rennes, est nommé suppléant pour les chaires de pharmacie et de toxicologie, matière médicale et thérapeutique, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, en remplacement de M. Chauvel, démissionnaire.

M. Perret, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie à ladite Ecole (emploi vacant).

Un arrêté du préfet de la Seine, en date du 31 août, ordonne le dépôt à la mairie du 20e arrondissement, pendant quinze jours consécutifs, pour que chacun puisse en prendre connaissance, d'un plan indiquant le projet relatif à la construction d'un nouvel hôpital dans le 20e arrondissement.

Nous apprenons la mort d'un savant illustre, de Faraday, l'un des hommes les plus éminents de l'Angleterre. Il était, en France, un des huit associés étrangers de l'Académie des sciences, et officier de la Légion d'honneur.

ERRATUM. — L'observation de trachéotomie publiée dans le numéro du 15 août a été à tort attribuée à M. Millard : elle a été communiquée par M. Isambert à la Société médicale des hôpitaux, où elle a donné lieu à une discussion des plus intéressantes.

Pour les articles non signés, **F. BRICHETEAU.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Etude expérimentale sur l'action physiologique du bromure de potassium;

Par MM. MARTIN-DAMOURETTE et PELVET [1].

Des travaux cliniques ont été entrepris depuis trente ans sur le brome et le bromure de potassium, qui, en déjouant les prévisions chimiques qui les avaient fait entreprendre, menèrent à de nouvelles découvertes. Ce sont d'abord MM. Andral et Fournet, en 1836, qui, en demandant au brome l'action résolutive de l'iode dans l'arthrite chronique, y trouvent un sédatif de la douleur. Puis viennent MM. Huette et Rames en 1850, qui cherchent avec Puche dans le bromure de potassium la vertu antisyphilitique de l'iode, et comme ils ne l'aperçoivent pas, ils en élèvent successivement les doses, si bien qu'ils font apparaître ses propriétés sédatives nerveuse et vasculaire puissantes. L'attention trop exclusive que l'on accorda d'abord à la localisation de ces effets sédatifs sur le pharynx et les organes génito-urinaires retarda l'application des propriétés mères du bromure de potassium au traitement des grandes névroses, et en particulier de l'épilepsie, qui fut tenté par les médecins anglais il y a quelques années seulement (Locock, 1853; Brown-Sequard, Radcliffe, Mac-Donnell, etc.).

Le but de ce travail n'est pas de retracer l'histoire clinique du brome et de ses composés, si magistralement exposée dans le grand *Traité de Thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux, et si judicieusement interprétée par notre distingué collègue, M. Gubler, dans le tome LXVII du *Bulletin général de Thérapeutique*. Notre intention n'est, pour le moment, que d'élucider un point restreint de l'étude du bromure de potassium, en cherchant à asseoir, par des expériences sur les animaux, le véritable sens de son action, l'ordre de succession de ses phénomènes et leur importance relative, en un mot, leur subordination.

Nous fûmes conduits à ces tentatives expérimentales par une préoccupation toute pratique, celle de déterminer les indications du sel bromique dans l'épilepsie en les appuyant sur le mécanisme de son action. C'est qu'en effet, le bromure de potassium était à peine entré dans la voie lente et délicate de l'expérimentation clinique,

[1] Lue à la Société de Thérapeutique dans sa séance du 2 août 1867.

que déjà en Angleterre on tentait beaucoup trop hâtivement d'en circonscrire l'emploi à une seule forme du mal caduc, l'hystéro-épilepsie; on faisait ainsi dépendre son succès de la sédation génésique. Nous avions traité une dizaine d'épileptiques par le bromure de potassium sans tenir compte des formes ni des degrés du mal, quand notre attention fut ramenée à l'idée anglaise par le fait suivant : A un jeune homme de vingt-quatre ans, d'un tempérament nerveux, épileptique depuis neuf ans, et ayant actuellement cinq ou six grandes attaques par mois, nous avions prescrit le bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour pendant la première semaine, avec recommandation d'augmenter de 2 grammes par semaine jusqu'à production d'amélioration dans les attaques ou de signes d'ivresse bromique. L'amélioration n'eut lieu qu'au bout d'un mois (avec les doses de 8 grammes), et elle se manifesta immédiatement par la cessation des grandes attaques. Mais nous remarquâmes qu'en même temps le pouls était tombé de 10 pulsations depuis la semaine précédente; que le sujet était d'une grande pâleur et tout à fait anaphrodisiaque. A première vue, un esprit un peu prévenu aurait pu trouver là une confirmation de l'efficacité du bromure par sédation génésique. A la vérité, la maladie s'était montrée à l'époque de la puberté ; mais, d'une part, il n'existait pas d'excitations génitales anormales, et, d'autre part, nous pensâmes que la dépression génitale produite par le bromure de potassium n'était qu'un phénomène *parallèle* à la cessation des attaques d'épilepsie, et que ces deux effets pouvaient être subordonnés à la sédation de la circulation capillaire.

En effet, il faut remarquer, en premier lieu, que tous les sédatifs capillaires sont anaphrodisiaques quand leur action se réalise à un certain degré. Tels sont le froid, les impressions déprimantes, le nitre, l'arsenic, la digitale, la ciguë, le café, l'ergot de seigle, la belladone, le tabac, etc. Nous attribuons ce résultat à ce que le resserrement des artérioles rend l'apport du sang aux corps caverneux insuffisant pour l'érection. On sait, par contre, que tout ce qui dilate les capillaires, comme la chaleur, les stimulants aromatiques, l'iode, le phosphore, les cantharides, etc., favorise la turgescence génitale.

En second lieu, nous voyons la physiologie pathologique rapporter assez généralement l'attaque d'épilepsie à une hyperémie des centres nerveux et surtout du bulbe rachidien ; et on dit avoir trouvé, dans les cas anciens, des dilatations des vaisseaux du bulbe et d'autres lésions consécutives à des congestions répétées. Or, les

moyens empiriques qui comptent les succès les plus incontestables contre cette névrose sont des agents vaso-moteurs, capables de produire une anémie relative du centre nerveux et d'y empêcher la production d'un excès de force motrice. Tels sont la belladone et les solanées, la digitale, l'aconit, le nitrate d'argent, le zinc, le cuivre, l'arsenic, etc. Il n'était donc pas déraisonnable, dans le fait qui s'offrait à notre observation, de subordonner la suppression des attaques d'épilepsie, comme celle des érections, à la contraction des capillaires, révélée, d'ailleurs, par les deux autres phénomènes concomitants, l'extrême pâleur du tégument et le ralentissement du pouls. Toutefois, la propriété vaso-motrice n'est pas la seule que les substances anaphrodisiaques et anti-épileptiques précitées partagent avec le bromure de potassium; la plupart d'entre elles sont, en outre, plus ou moins anesthésiques et acinétiques. De là résulte un certain embarras pour l'interprétation du mécanisme curatif, puisqu'on pourrait le faire consister soit dans l'amoindrissement primitif de la force motrice, soit dans celui de la sensibilité (entraînant un amortissement des impressions fort important pour ceux qui font une large part à l'action reflexe dans la production des attaques d'épilepsie comme dans celle d'éclampsie). Il est vrai que l'opium et le chloroforme, qui possèdent ces propriétés anesthésique et résolutive musculaire au plus haut degré, ne se recommandent pas dans le traitement du haut mal, et cela nous paraît un motif sérieux d'accorder au moins une part importante des succès du bromure à la sédation de la circulation capillaire.

Nous résolûmes donc de demander à l'expérimentation sur les animaux la solution du problème, c'est-à-dire la preuve de cette contraction des capillaires qui nous paraît être invoquée souvent sans démonstrations suffisantes.

Nos expériences furent commencées en août 1866; elles ont été nombreuses et variées, et nous en avons ajourné la publication jusqu'au moment où nous avons été parfaitement maîtres des résultats obtenus dans les diverses conditions et où il ne pouvait plus nous rester de doutes sur leurs significations.

Nous avons expérimenté sur la grenouille, le lapin et les oiseaux (moineau, pigeon, pie). Les phénomènes produits sont de même nature chez tous ces animaux, et, comme ils se détachent mieux les uns des autres chez la grenouille et s'y prêtent à une analyse plus facile et plus sûre, ils nous arrêteront plus longtemps chez ce batracien que chez les animaux à sang chaud. Nous ne nous inter-

dirons pas certains rapprochements avec les effets des préparations bromurées chez l'homme.

Notre travail comprendra trois parties :

1° Dans la première, nous présenterons le tableau des symptômes bromiques, dans l'ordre de leur apparition, en le faisant suivre des expériences qui ont servi de base à la description;

2° Dans la seconde, nous analyserons les effets du bromure sur les systèmes et appareils organiques et nous essayerons d'en donner la théorie;

3° Enfin, embrassant d'un seul coup d'œil toutes les propriétés physiologiques du sel bromique, nous en ferons ressortir l'unité de nature en même temps que l'universalité de siége, pour en déduire l'unité d'interprétation des résultats cliniques déjà obtenus et en faire prévoir de nouveaux.

Chapitre Ier. — Symptômes de l'intoxication bromique.

§ 1. — *Expériences sur la grenouille.*

Les symptômes bromiques ont varié suivant la dose du bromure de potassium, le procédé et le lieu de son application.

Procédés. 1° Les procédés employés par nous sont : l'ingestion gastrique, l'application sur l'extrémité d'une patte et l'injection dans le tissu cellulaire sous-dermique au moyen de la seringue graduée à aiguille creuse (de Pravas). Ce dernier mode est celui qui nous a paru préférable pour doser rigoureusement l'agent, pour apprécier l'influence du lieu de l'application sur l'ordre de succession des phénomènes et le rôle de l'imbibition.

Siége. 2° Les injections ont été faites dans trois régions principales : à l'aine, à l'aisselle et sur une zone intermédiaire aux bras et aux pattes, c'est-à-dire au dos, au flanc ou sous le sternum.

Doses. 3° Les doses qui nous ont paru les plus propres à l'analyse des symptômes du bromisme sont celles de 3 à 5 centigrammes de bromure de potassium dissous dans quatre fois son poids d'eau, parce que cette dose est suivie tantôt du rétablissement de l'animal, tantôt de sa mort; et qu'il nous paraît pour le moins aussi utile à la thérapeutique de savoir comment un agent ne tue pas que comment il tue. C'est là notre dose moyenne. Nous avons, en outre, injecté des doses *faibles* (de 5 à 25 milligrammes), qui sont toujours suivies de la guérison de la grenouille, et des doses *fortes* ou constamment toxiques (5 à 10 centigrammes).

A. *Effets des petites doses de bromure de potassium sur la grenouille.*

Sous l'influence de doses faibles, comprises entre 5 et 25 milligrammes de bromure, la grenouille est tranquille et assoupie. Elle semble oublier de respirer pendant de longs instants. A la moindre excitation (toucher, bruit), l'animal se met à respirer et à sauter, pour retomber dans le même calme dès qu'on l'abandonne au repos; et cela dure de six à vingt-quatre heures, suivant la dose.

Ces résultats sont d'accord avec ceux que fournit l'observation clinique sur l'homme, où l'effet le plus apparent des petites doses (de 1 à 2 grammes) est un sommeil plus prolongé, des envies de dormir dès que les sujets sont en repos, un système nerveux plus calme. Aussi le bromure de potassium est-il un soporifique précieux, d'autant plus qu'il n'entraîne pas la dyspepsie, la constipation, la dysurie, les tendances syncopales, les maux de tête et les autres accidents de l'opium.

Ces petites doses déterminent en outre, chez les grenouilles, un ralentissement du cœur et un amoindrissement de la circulation capillaire, qui font présumer que de pareils effets de sédation vasculaire pourraient être obtenus chez l'homme sans s'élever aux doses perturbatrices.

B. *Action des doses moyennes de bromure de potassium sur les grenouilles.*

Sous l'influence des doses moyennes, de 3 à 5 centigrammes de bromure, deux résultats peuvent se produire : l'animal succombe ou il guérit. Nous tracerons la marche du bromisme dans l'un et l'autre cas.

a. ***Marche de l'intoxication bromique chez la grenouille qui succombe.***

L'ordre de succession des phénomènes est le suivant :

1° Une douleur au point injecté. Elle résulte beaucoup moins de la piqûre que du contact du bromure avec les tissus, comme le prouve l'agitation de l'animal pendant le deuxième temps de l'opération. Ce fait ne nous paraît pas devoir être négligé, parce qu'il peut détourner de l'application de la méthode hypodermique chez l'homme, surtout si on le rapproche des signes d'irritation locale que nous avons observée soit sur la peau des grenouilles saupoudrée de bromure,

soit chez les oiseaux et les lapins dans le lieu de l'injection. Il explique, en outre, les angines signalées par quelques observateurs, par suite, sans doute, de l'ingestion de solution concentrée reproduisant en petit, sur la gorge, les lésions qu'on trouve dans l'estomac des animaux empoisonnés par de fortes doses. Cependant, cette irritation locale ne doit pas être exagérée, car le collyre au quarantième de bromure produit moins de douleur que l'eau salée. On sait, d'autre part, qu'à doses modérées chez l'homme, le bromure de potassium ne dérange pas les fonctions digestives, et qu'il les excite plutôt; ce qui se conçoit, en songeant que l'action irritante réduite à ses plus faibles proportions ne dépasse plus le ton de l'excitation.

2° Le premier phénomène appréciable, après la douleur de l'injection, est un *frémissement musculaire* qui n'est pas constant, et qui se produit d'abord dans les muscles voisins de la partie injectée et ensuite, en une ou deux minutes, dans ceux des parties plus éloignées; dans les pattes postérieures, si l'injection a été faite à l'aine, et dans les bras si elle a été faite à l'aisselle ou à la partie antérieure du dos ou du ventre. Ce frémissement semble indiquer l'arrivée du bromure de potassium au contact des muscles au fur et à mesure de l'imprégnation; car cela s'observe aussi lorsqu'on applique directement le sel sur le muscle.

Ces deux phénomènes initiaux (l'irritation locale et les contractions fibrillaires) pourraient constituer une première période du bromisme, dite *période d'excitation*; s'ils étaient constants et durables, et surtout moins dénués d'importance au point de vue des applications.

3° Un des premiers et des plus importants symptômes de l'intoxication bromurée, c'est l'*affaiblissement du mouvement* et de la *sensibilité*. Il est déjà manifeste après cinq à dix minutes dans le membre le plus voisin du point injecté, et il est général après vingt à quarante minutes. Le relâchement musculaire précède l'insensibilité; car les pattes de la grenouille restent pendantes quand on la dresse, et elles ne se retirent pas si on se borne à les étendre, tandis que leur rétraction a lieu si on les pince.

Cependant la peau devient insensible quelques minutes plus tard; car l'excitation d'une patte par le pincement de son tubercule ou par la brûlure de la flamme n'y détermine plus de mouvement, tandis que le simple toucher d'une patte préservée contre l'empoisonnement par la ligature de l'artère ischiatique fait contracter nettement la patte empoisonnée.

La sensibilité du cordon nerveux survit elle-même à celle de la

peau ; car l'excitation mécanique ou électrique du nerf d'une patte empoisonnée provoque des mouvements dans cette patte et dans tout le corps, alors que l'irritation de la peau n'en donnait plus. Un peu plus tard, le nerf empoisonné ne donne plus, par l'électricité, de contractions que dans les muscles auxquels il se rend ; par conséquent, il a conservé son excitabilité motrice alors qu'il a perdu sa sensibilité.

C'est bien la perte de sensibilité du nerf empoisonné qui fait que son excitation ne détermine pas de mouvements réactionnels dans les parties éloignées et non la perte des propriétés de la moelle ; car, si, à ce moment, on excite la moelle ou bien une patte restée sensible par la ligature de son artère, on fait naître des contractions dans tout le corps.

A une époque encore plus avancée de l'intoxication, l'excitabilité des nerfs moteurs disparaît à son tour, alors que celle de la moelle et des muscles persiste encore. En effet, d'une part, l'électrisation directe des muscles les fait contracter quand ils ont cessé de répondre à l'excitation du nerf qui s'y distribue. D'autre part, si on excite directement la moelle, on obtient des mouvements dans une patte non empoisonnée, tandis qu'on n'en a plus dans la patte empoisonnée.

La persistance des propriétés de la moelle, après la destruction de celle des nerfs, est encore mise hors de toute contestation par d'autres expériences des plus décisives (expériences 3ᵉ, 4ᵉ, 5ᵉ, 6ᵉ, 9ᵉ, 10, 14ᵉ, 16ᵉ). Ainsi, alors que le nerf d'une patte empoisonnée ne répond plus à aucune excitation, si on excite les mains préservées contre l'empoisonnement par un lien un peu serré, on détermine des contractions dans une patte soustraite à l'intoxication par la ligature de l'ischiatique. La moelle a donc le pouvoir de conduire l'excitation des mains restées sensibles à la patte non empoisonnée ; et si la patte empoisonnée ne se contracte pas, c'est que son nerf a perdu ses propriétés, puisqu'il ne répond plus à l'excitation électrique, alors que les muscles qu'il gouverne y répondent encore. De même, si on pratique la ligature de la grenouille au niveau des lombes, pour intercepter toute circulation dans le train postérieur en laissant les plexus lombaires en dehors du lien, on constate qu'à un certain degré de l'empoisonnement l'excitation de la moelle ne détermine aucun mouvement dans la partie antérieure empoisonnée, tandis qu'elle fait contracter les pattes postérieures préservées. La moelle est donc restée excitable après les nerfs.

Plus tard, les propriétés de la moelle sont anéanties à leur tour ;

car l'excitation de la main préservée a cessé de réagir sur la patte non empoisonnée; et celle-ci reste également sourde à l'excitation directe de la moelle par l'électricité et la déchirure; et il en est de même du train postérieur préservé par la ligature des lombes (expériences précitées).

Ces expériences doivent être suivies avec une minutieuse attention; car il ne s'écoule souvent qu'un temps très-court entre l'extinction des propriétés des nerfs et celle des propriétés de la moelle. Nous admettons même, quoique nous ne l'ayons pas observé dans nos expériences, que certains nerfs très-éloignés du point d'application du poison puissent ne perdre complétement leurs propriétés qu'après la moelle, comme ils les perdent plus tard que d'autres nerfs plus accessibles à l'intoxication. Mais si on écarte pour le moment cette influence du lieu de l'injection sur l'ordre de succession des phénomènes toxiques, il reste parfaitement acquis que les propriétés de la moelle ne disparaissent qu'après celles des nerfs, ou du moins ne disparaissent pas avant elles; car jamais, dans nos expériences, les nerfs n'ont conservé leur excitabilité motrice plus tard que la moelle. D'autres expérimentateurs arrivent à des conclusions différentes et même opposées, puisqu'ils regardent le bromure de potassium comme un poison spécial de la moelle, dont il abolirait le pouvoir réflexe en laissant subsister l'excitabilité du système nerveux périphérique. Telle est l'opinion émise dans deux mémoires présentés à l'Académie des sciences, l'un par MM. Eulenburg et Guttmann, l'autre par M. Laborde. Pour que ces expérimentateurs aient cru à la perte d'excitabilité primitive de la moelle, il faut qu'ils aient adressé l'excitation à des parties insensibles qui ne pouvaient éveiller la réaction des centres, ou bien qu'ils aient excité les centres eux-mêmes, précisément à une période de l'empoisonnement où les nerfs de mouvement ont perdu leur conductibilité. Il est facile d'éviter cette méprise en soustrayant deux membres à l'intoxication, l'un destiné à recevoir les excitations, et l'autre à éprouver la réaction de mouvement, tant que la moelle, au moyen de laquelle s'établit leur relation, n'a pas perdu ses propriétés.

Quant à l'irritabilité musculaire, elle ne disparaît qu'après l'excitabilité des nerfs et de la moelle, au moins dans les muscles qui n'ont été influencés que par l'absorption, car elle s'éteint en quelques minutes dans les muscles de la région injectée par le fait de l'imbibition et avant l'empoisonnement, comme nous le démontrerons.

En même temps que la grenouille devient insensible et flaccible,

elle *s'assoupit* et ne fait plus que *de rares mouvements spontanés*, qui sont très-passagers et très-limités. Encore ont-ils lieu, dans bien des cas, quelque temps après une secousse imprimée à l'animal, le toucher d'une partie restée sensible ou toute autre excitation à laquelle il semble être une réponse tardive. L'encéphale a donc subi l'action du bromure, comme tout le reste du système nerveux périphérique et central, et ces rares mouvements spontanés, que nous n'oserions nommer *volontaires*, à une époque où l'irritation mécanique de la peau et des nerfs sensitifs ne détermine plus de réactions de mouvements, prouvent encore que les centres nerveux (encéphale et moelle) perdent leurs propriétés plus tard que les nerfs sensitifs.

Les mouvements respiratoires cessent, d'ordinaire, un peu après les mouvements volontaires, c'est-à-dire dix à trente minutes après une injection à l'aine, et cinq à quinze minutes après l'injection au flanc ou au dos. D'abord, l'animal semble oublier de respirer pendant de longs instants, puis il exécute quelques mouvements respiratoires spontanément, et surtout après les excitations, pour retomber bientôt dans le même oubli fonctionnel et cesser de respirer à peu près au moment où toute sensibilité périphérique a disparu.

4° La circulation capillaire et centrale est remarquablement influencée par le bromure.

En effet, un des premiers phénomènes du bromisme, c'est l'amoindrissement de la circulation capillaire, accusé quelquefois par une grande pâleur de la membrane interdigitale et constamment par le ralentissement du cours du sang dans ses vaisseaux. Cette sédation capillaire est peut-être précédée, au début, d'une accélération très-passagère et elle est portée à la fin, dans quelques cas, au point de permettre de compter les globules. Ce phénomène a été, de notre part, l'objet d'un examen très-suivi ; il nous a paru constant, le degré seul en a varié. L'amoindrissement de la circulation capillaire commence après cinq minutes environ dans la membrane interdigitale, du côté injecté, où il atteint sa plus grande intensité, pour s'étendre, après dix à quarante minutes, à la membrane de l'autre côté et à tout le réseau capillaire. Il précède le ralentissement sensible des pulsations cardiaques et, par conséquent, constitue un effet direct du bromure sur les vaisseaux capillaires.

Les battements du cœur sont ralentis dès l'instant où les mouvements s'affaiblissent et où la respiration s'arrête. Le cœur cesse de se contracter le dernier ; c'est l'*ultimum moriens*. Dans toutes

nos expériences (avec la dose de 4 centigrammes de bromure de potassium) le cœur a continué à battre, en moyenne, pendant plusieurs heures après la mort de toutes les autres parties, et alors que la moelle, les nerfs et les muscles avaient cessé de répondre à toutes les excitations. C'est donc à tort que MM. Eulenburg et Guttmann présentent le bromure de potassium comme un double poison du cœur, d'abord, et de la moelle épinière ensuite. Nous montrerons dans quelles conditions exceptionnelles le cœur a pu être atteint le premier; et l'on peut voir déjà, par ce qui précède, que, loin de se localiser sur les centres circulatoires et nerveux, l'action du bromure est générale et s'étend à tout ce qui est nerf ou muscle. C'est ainsi qu'on voit disparaître successivement la sensibilité de la peau et des muqueuses nasales et oculaires, puis celle des cordons et des centres nerveux, l'excitabilité motrice des nerfs, puis de la moelle, et finalement l'irritabilité des muscles, et, en dernier lieu, celle du cœur.

b. *Marche de l'intoxication bromique chez la grenouille en cas de guérison.*

La marche des symptômes du bromisme chez les animaux qui se rétablissent ne diffère pas au fond de celle que nous venons de tracer chez l'animal qui succombe; seulement, l'insensibilité et le relâchement musculaire sont moins complets et ils sont plus lents à se manifester (après trente minutes au lieu de dix à douze) (expériences 1re et 2e). Dans certains cas, la sensibilité de la peau d'une patte empoisonnée était éteinte, et celle de son nerf sciatique répondait encore à l'excitation en faisant contracter une patte non empoisonnée. Chez d'autres grenouilles, l'insensibilité de la peau elle-même ne fut pas complète; car la piqûre, la brûlure et toutes les autres excitations provoquaient des mouvements réactionnels.

Les mouvements respiratoires ne s'arrêtent qu'après trente à quarante minutes, et, de temps en temps, pendant les trois à cinq heures que dure le sommeil anesthésique, l'animal effectue quelques respirations et quelques mouvements spontanés qui s'accentuent surtout après de fortes excitations.

Quant aux phénomènes de sédation vasculaire, ils sont très-prononcés pendant toute la durée du sommeil anesthésique. Dans un cas (expérience 1re), le cœur descendit à 8 pulsations, et les capillaires n'étaient traversées que par un petit nombre de globules et formaient un réseau très-pâle. Il est intéressant de remar-

quer que cette sorte d'anémie très-prononcée des capillaires peut s'obtenir à simple dose physiologique sans que l'insensibilité et la perte des mouvements réflexes soient complètes.

C. *Effets des hautes doses de bromure de potassium sur les grenouilles* (5 *à* 10 *centigrammes*).

La marche du bromisme, telle qu'elle vient d'être décrite, est celle que l'on observe après l'injection de la dose moyenne de 4 centigrammes de bromure de potassium, dose qui peut entraîner, suivant les cas, la mort ou le rétablissement de l'animal. Elle n'est donc que l'exagération des doses thérapeutiques, dont elle sert à dévoiler le mode d'action par sédation nerveuse et vasculaire.

A une dose double (de 8 centigrammes) qui tue constamment la grenouille, le bromure produit les mêmes phénomènes, seulement avec plus d'intensité et de rapidité. Dans quelques cas, il s'y ajoute un résultat exceptionnel, l'arrêt du cœur avant la perte de l'excitabilité des nerfs et de la moelle et de l'irritabilité des muscles. Cette paralysie du cœur est manifestement résultée dans un cas (expérience 12ᵉ) de ce que l'injection avait été faite à la région sternale au voisinage de l'organe dont l'imbibition directe s'était faite à peu près comme s'il eût été soumis au contact du sel de brome. D'ailleurs, il ne répugne pas d'admettre qu'après l'injection de très-fortes doses, l'absorption ne fasse pénétrer dans le sang, en un temps très-court, assez de bromure pour éteindre directement l'irritabilité du cœur.

Un second résultat particulier, c'est la congestion du réseau capillaire venant remplacer l'espèce d'anémie que nous avons vue constante avec les doses faibles et moyennes. Nous l'avons observé dans trois circonstances, toujours avec les fortes doses; une fois, dès le début de l'intoxication par injection (expérience 13ᵉ), une autre fois consécutivement à l'anémie (expérience 7ᵉ), et enfin dans le cas d'application de bromure en poudre sur la peau d'une patte (expérience 8ᵉ). C'est là un exemple de la différence d'action d'un même agent administré à fortes et à faibles doses, exemple bien propre à montrer qu'il ne faut pas se borner à étudier les effets des médicaments à doses toxiques pour arriver à la découverte du mécanisme des doses thérapeutiques et en fonder les indications. Du reste, cette différence d'action suivant les doses est plus apparente que réelle; et, dans l'espèce, ne pourrait-on pas admettre que le bromure à faibles doses excite tout juste assez les

vaisseaux capillaires pour les faire contracter, et, par suite, les anémier; tandis que les fortes doses, en épuisant rapidement l'irritabilité du plan musculaire des vaisseaux, en produit la paralysie, et, par conséquent, la congestion. Cette interprétation serait légitimée par ce qu'on sait de l'action des agents mécaniques et physiques sur le réseau capillaire qui pâlit lorsqu'on raye doucement la peau ou qu'on la soumet à un froid modéré, tandis qu'une raie violente ou un froid intense paralysent les capillaires et rougissent la peau.

Les phénomènes que nous avons remarqués du côté de l'iris seraient susceptibles de la même interprétation. Ainsi la mydriase, que nous avons le plus souvent observée, dépendrait de la contraction des fibres rayonnées de l'iris et de l'effacement de son réseau capillaire, tandis que les cas rares de resserrement pupillaire se lieraient à la parésie du muscle rayonné de l'iris et de ses vaisseaux, correspondant à un bromisme plus avancé ou plus intense.

D. *Influence du lieu de l'injection.*

Les effets propres du bromure de potassium, tels que l'amoindrissement de la circulation capillaire, et l'abolition de la propriété des nerfs et des muscles, se produisent d'abord dans les parties injectées et avoisinantes, et ce n'est guère qu'après une demi-heure que les phénomènes généraux de l'intoxication sont nettement accusés. Ainsi :

1° En cas d'injection à l'aine, la paralysie atteint d'abord la patte du côté injecté (en dix à quinze minutes), puis l'autre patte et le bras du côté de l'injection (en quinze à trente minutes), et ce n'est qu'après une demi-heure que la paralysie se généralise. Les mouvements respiratoires et spontanés ne cessent qu'après vingt à quarante minutes, et ils reparaissent de temps en temps. M. Laborde a pensé que cette persistance des mouvements *volontaires* était un caractère de l'intoxication bromique, par opposition à l'abolition du pouvoir réflexe de la moelle qu'il a cru constater. Cela tient au mode d'expérimentation qu'il a employé. Il applique le bromure sur la membrane interdigitale, dans le but, dit-il, d'éviter les effets de l'imbibition, qui se produit néanmoins au plus haut degré, car on obtient ainsi une paralysie de la patte bromurée précédant de beaucoup, comme on le voit dans notre huitième expérience, les effets de l'intoxication générale. Par suite, les mouvements respiratoires

et surtout spontanés persistent longtemps, plus longtemps même que par l'injection au pli de l'aine; et d'ailleurs la marche du bromisme est sensiblement la même.

2° Si l'injection a été faite sur le flanc ou sur le dos, les mouvements respiratoires cessent les premiers (entre deux et dix minutes) et il en est de même à peu près complétement des mouvements spontanés, qui sont rares en pareils cas (expérience 14e, etc.). Alors le train postérieur se paralyse beaucoup plus tard que dans le cas d'injection à l'aine; encore faut-il faire une distinction entre les injections du dos où la pointe de la seringue est tournée en arrière et celles où elle est dirigée en avant; car, dans le premier cas, la paralysie des pattes est presque aussi prompte (dix à quinze minutes) qu'avec l'injection à l'aine (expérience 15e), tandis que, dans le second, cette paralysie peut n'être complète qu'après une demi-heure à trois quarts d'heure. C'est le temps nécessaire à la diffusion, le même à peu près que pour abolir les mouvements respiratoires et spontanés dans le cas d'injection à l'aine.

3° Si l'injection est faite à l'aisselle, le bras, l'œil, puis la patte du même côté sont les premiers paralysés, et la respiration s'arrête moins tôt que quand on injecte le flanc, mais plus tôt que quand on injecte l'aine (dix à vingt minutes) (expérience 16e, etc.).

4° Dans le cas d'ingestion gastrique, les bras sont paralysés avant le train postérieur (expérience 9e).

E. *Rôle de l'imbibition.*

Il est impossible de méconnaître l'influence qu'exerce l'imbibition chez les grenouilles dans la production initiale et presque instantanée de ses phénomènes locaux. Elle prouve que le contact du poison suffit pour affaiblir et abolir les propriétés des muscles et des nerfs sans action préalable sur les centres nerveux; mais elle ne peut sans exagération faire rejeter toute action par l'absorption et diffusion du poison par la circulation. Trois sortes d'expériences en constituent la démonstration : l'une consiste à préserver une patte de l'empoisonnement par circulation en liant l'artère ischiatique, et à ne laisser accès qu'à l'imbibition. Une autre consiste à faire la ligature des vaisseaux au-dessus du cœur, de façon à intercepter la circulation et à obtenir exclusivement les effets de l'imbibition. Dans une troisième, on examine ce qui se passe sur une grenouille non préparée, dans la région où le bromure est appliqué ou injecté.

1° Dans un cas de ligature de l'artère ischiatique à sa sortie du bassin, sur une grenouille jaune à laquelle il fut injecté au flanc droit la dose normale de 4 centigrammes de bromure de potassium (expérience 10e), au bout d'une heure et demie tous les nerfs et les muscles avaient cessé de répondre à l'excitation, excepté le nerf sciatique de la patte liée, qui répondait énergiquement à la pince galvanique, à partir de 1 ou 2 millimètres au-dessous de la ligature de l'artère. Il est donc évident que la diffusion du poison s'était faite par absorption et circulation, car l'imbibition ne se fût pas arrêtée exactement au niveau du point ligaturé où ne s'effectuait plus la circulation.

2° L'expérience contraire nous a été suggérée par notre savant ami M. Martin Magron, qui avait bien voulu assister à la reproduction de nos résultats. Elle a consisté à lier les vaisseaux à la base du cœur et à injecter 8 centigrammes de bromure de potassium à la cuisse droite. Au bout de quarante minutes, temps plus que suffisant pour la production des phénomènes de paralysie par intoxication avec les fortes doses, nous constatons à la pince électrique que le nerf sciatique et les muscles de la cuisse droite injectée ont cessé d'être excitables, tandis qu'à la jambe, du même côté, le nerf et les muscles répondent à l'excitation, et il en est de même à la cuisse gauche (du côté non injecté). L'imbibition n'avait donc pas franchi les limites de la cuisse injectée, au moins d'une manière assez forte pour abolir la propriété des nerfs et des muscles des autres parties.

3° Dans l'application du bromure de potassium sur la patte (expérience 8e), nous avons vu également les muscles superficiels privés d'irritabilité et un muscle profond l'ayant conservée; plusieurs fois aussi, dans les injections à l'aine, nous avons vu certains muscles, moins bien placés pour l'imbibition, perdre leurs propriétés les derniers.

Ces trois expériences nous paraissent propres à fixer la portée de l'imbibition. Si, d'une part, elles font prévoir son importance pour la production des effets locaux, s'irradiant à une distance plus ou moins grande autour du point injecté, elles montrent, d'une autre part, qu'il faut continuer à subordonner à l'absorption les phénomènes d'intoxication générale, même chez la grenouille.

L'existence primitive de ces phénomènes locaux dans les parties injectées, et leur prédominance pendant toute la durée de la scène toxique, ne sont d'ailleurs pas exclusives aux grenouilles. Nous les avons observées aussi très-tranchées chez le lapin et

chez les oiseaux. Nous avons eu un moineau qui a laissé tomber l'aile pendant huit jours après une injection à l'aisselle d'une faible dose de bromure de potassium, qui ne l'endormit que pendant quelques heures et le laissa vivre. Chez un lapin, nous avons également produit une paralysie très-avancée des pattes postérieures, pour avoir injecté aux aines une petite dose de bromure de potassium (1 gramme). Ce qui n'empêcha pas l'animal de se rétablir complétement et de se porter très-bien, sauf une plaie suppurante d'un des points injectés.

Tous les cliniciens n'ont-ils pas été frappés aussi, avec M. le professeur Béhier, de cette influence locale de la méthode hypodermique chez l'homme, à ce point que l'injection atropique faite au lieu de la névralgie réussit le plus souvent, tandis qu'elle échoue presque toujours faite au loin à la même dose ; ce qui se conçoit fort bien en réfléchissant à la quantité plus grande du médicament qui entre en conflit avec le nerf hyperesthésié dans le cas d'application locale.

Pour nous résumer, nous dirons que, chez la grenouille, l'imbibition est beaucoup plus prononcée que chez les mammifères et les oiseaux ; mais qu'elle n'exclut pas l'action du bromure par absorption et diffusion circulatoire, qui est elle-même un autre mode d'imbibition par irrigation sanguine, qui va reproduire dans toute l'étendue des systèmes nerveux et musculaire les mêmes modifications que celles qui se sont manifestées immédiatement dans le point injecté. On nous pardonnera d'avoir insisté aussi longuement sur ce sujet, par la double considération de la légitime importance donnée à l'imbibition par M. le professeur Vulpian (importance trop négligée avant ses travaux, mais peut-être un peu exagérée depuis par ceux qui ont voulu les appliquer); et, d'autre part, par la portée que nous paraît avoir cette question au point de vue de la thérapeutique générale.

§ 2. — *Effets du bromure de potassium sur les oiseaux et les mammifères.*

Ils nous ont permis de constater que le sens des phénomènes du bromure de potassium est le même que chez les grenouilles et tel que la clinique les observe chez l'homme. Ceci autorise à ne pas s'arrêter pour ce cas particulier à l'objection souvent faite aux résultats des expériences sur les animaux inférieurs, à savoir, que ces résultats ne seraient pas applicables à l'homme.

Par l'injection sous-cutanée, à l'aine et à l'aisselle, de 4 grammes

de bromure au lapin, de 60 centigrammes au pigeon et 10 centigrammes au moineau, etc., on a :

1° La paralysie de la sensibilité et du mouvement commençant dans le membre injecté et y dominant tout le temps ;

2° Abaissement de la température d'abord dans la partie injectée et ensuite de tout le corps ; très-marquée aux oreilles du lapin, et urination fréquente, sanglante même ;

3° Nous ne pouvons rien dire des modifications de la circulation centrale, qu'il est difficile d'observer chez les oiseaux et les lapins ;

4° La respiration, d'abord troublée, ne s'arrête que lorsque toutes les autres parties sont paralysées : sa suspension nous a paru être la cause de la mort, dont elle marque l'instant précis ; elle est foudroyante chez les oiseaux ;

5° A l'autopsie d'un lapin, on trouve l'oreillette droite du cœur pleine de sang et l'oreillette gauche vide, et un grand nombre de congestions veineuses (des sinus cérébraux et rachidiens, de l'intestin, du foie, de la rate, du rein surtout, etc.). Ces lésions n'ont pas de signification propre capable de révéler le mode d'action du bromure ; elles peuvent se rattacher toutes à la gêne croissante de la respiration et à l'asphyxie finale par la paralysie des muscles respirateurs. Ce sont bien là, en effet, les lésions de l'asphyxie par suffocation, et nous ne pouvons admettre, avec MM. Eulenburg et Guttmann, que la mort arrive par la paralysie du cœur, d'autant plus que chez un pigeon ouvert immédiatement après la mort, nous trouvâmes le cœur battant encore. Le cœur survit donc le dernier, comme chez la grenouille. *(La fin au prochain numéro.)*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la valeur de la cautérisation dans le traitement de la maladie charbonneuse de l'homme (1);

Par le docteur Guipon, médecin des hôpitaux de Laon, lauréat de l'Académie de médecine.

De l'avis de tous les hommes expérimentés, la destruction du virus charbonneux sur place dans les tissus mêmes où il a été déposé et où il produit ses premiers effets, l'emporte en certitude et

(1) Extrait du *Traité de la maladie charbonneuse de l'homme*, qui vient de paraître tout dernièrement à la librairie J.-B. Baillière.

en célérité sur toutes les autres méthodes, soit locales, soit générales. C'est un fait bien acquis et incontestable. La préoccupation n'est pas de léser des parties plus ou moins saines, mais de détruire le foyer du mal et de porter assez loin les moyens d'action, pour être sûr de n'avoir rien oublié de ce principe morbigène encore local et soumis à la puissance directe de la médecine. Toutefois ce serait là de l'empirisme pur et simple, si des règles n'étaient pas tracées qui permissent à la raison d'éclairer et de diriger la pratique.

Au point de vue de la cautérisation, deux procédés se partagent l'application de ce traitement curatif : la cautérisation actuelle ou par le fer rouge, et la cautérisation potentielle ou par les caustiques.

A. *Cautère actuel.* — Une tige de fer coudée ou non vers son extrémité, arrondie ou disposée en forme d'olive à sa pointe et munie d'un manche en bois d'une adaptation facile et sûre, telle est en deux mots la confection de cet instrument, qu'on remplacera au besoin par une tige de fer quelconque, qui ne sera ni trop lourde, ni trop difficile à manier. Dans tous les cas, l'extrémité du cautère doit être chauffée à blanc et plongée à cette température, d'une main ferme, sur la pustule ou dans l'excavation résultant de l'excision de la tumeur charbonneuse, ainsi que nous allons le décrire.

Ses défauts et ses avantages. — Il est bon que l'on sache, toutefois, que l'eschare produite par le cautère actuel, et qu'on croirait plus considérable, n'a guère plus de deux ou trois millimètres d'épaisseur; qu'elle n'augmente que très-peu par la prolongation ou la répétition de l'application du cautère, en raison de l'obstacle à la transmission du calorique occasionné par les premières couches de l'eschare elle-même. C'est de là que résulte la nécessité d'éteindre un nombre plus ou moins grand de ces cautères avant d'obtenir les effets qu'on recherche, et l'abandon du procédé comme infidèle par plusieurs médecins; c'est sur cette circonstance que nous nous fondons à notre tour pour recommander, avec la plupart des chirurgiens, l'ouverture cruciale ou en étoile de la pustule et son excavation, si elle est un peu dure et étendue, ou même son extirpation jusqu'aux parties molles et saines, autant que faire se peut, si elle est profonde et prend la forme d'une tumeur. En agissant autrement, le fer rouge restera forcément impuissant ou bien son action sera continuée sans mesure, et le patient aussi bien que le médecin ne sauront plus à quoi s'en tenir : le premier,

épuisé par des douleurs ou plutôt par des angoisses aussi prolongées, s'inquiétera de la nature d'un mal qui réclame un pareil déploiement de moyens ; le second, opérant en aveugle, ignorera la portée de la cautérisation, et craindra de dépasser les limites du mal ou croira les avoir atteintes quand il en sera peut-être encore loin. A ces inconvénients du cautère actuel, auxquels on ne remédie, suivant nous, que par l'élimination des parties dures centrales qui entravent son action, il faut ajouter l'impression morale, plus forte encore que la douleur, qui est très-souvent peu intense à cause de l'élévation de la température et surtout de l'insensibilité et de la torpeur dont sont frappés les tissus charbonneux.

Les principaux avantages qu'on doit lui reconnaître sont : la facilité de son emploi, qui permet au chirurgien de conduire la cautérisation comme il l'entend, en évitant les vaisseaux, les troncs nerveux, etc.; sa promptitude d'action ; la réaction inflammatoire qu'il développe autour de la pustule ou de la tumeur charbonneuse, et qui, de l'aveu même des détracteurs de cette méthode, est plus prompte et plus vive que celle des cautères potentiels. Je ne fais qu'exprimer, du reste, l'opinion à peu près unanime des nombreux praticiens qui ont fourni des matériaux à l'enquête : un seul parmi eux conclut à l'infidélité du fer rouge. Sur quoi se fonde donc M. Bourgeois quand il dit, en parlant de la *torture du fer rouge*, que ses partisans sont peu habitués à observer la maladie charbonneuse (1)? Qu'on préfère les caustiques dans la Beauce, soit ; mais on a pensé et agi autrement avant nous ; on pense et agit autrement ailleurs et dans notre contrée où le charbon est loin d'être rare, et malades pas plus que médecins n'ont à le regretter. Appliquons-nous à rechercher et à proclamer la vérité, sans esprit d'exclusion : voilà le grand et noble but de la science.

B. *Cautère potentiel.* — Il est représenté par tous les caustiques connus, liquides ou solides. Parmi les premiers figurent notamment les acides sulfurique, nitrique et chlorhydrique, le nitrate acide de mercure, le chlorure ou beurre d'antimoine ; parmi les seconds, le nitrate d'argent, la potasse, la poudre de Vienne, le chlorure de zinc, le sublimé ou bichlorure de mercure.

Caustiques liquides. — L'acide nitrique, surtout l'acide nitrique monohydraté, l'acide chlorhydrique, l'acide sulfurique, sont employés et conviennent dans les pustules naissantes, après qu'on a

---

(1) *Traité de la pustule maligne*, p. 237.

incisé ou mieux excisé d'un coup de ciseaux la vésicule initiale. Le nitrate acide de mercure a une puissance destructive plus grande : on l'appliquera dans les pustules plus développées après l'enlèvement des parties mortifiées. Le beurre d'antimoine a les mêmes indications et le même mode d'emploi. On imbibe des uns ou des autres des rondelles d'ouate ou des plumasseaux de charpie plus ou moins épais suivant l'effet à obtenir, et on les maintient en place jusqu'à ce que l'eschare soit jugée suffisante. On a reproché justement aux caustiques liquides de fuser, de produire des eschares irrégulières, difficiles à diriger et à limiter. Nous pensons donc qu'on doit les réserver pour les cas légers et tout à fait superficiels, où il est facile de surveiller leur action. Nous ne ferons d'exception que pour le nitrate acide de mercure et le beurre d'antimoine, sur l'application desquels nous donnerons plus loin quelques détails particuliers.

Caustiques solides. — Le nitrate d'argent est le plus faible de tous. Il conviendrait tout au plus lorsque l'inoculation est récente et que le virus est déposé dans les parties les plus superficielles. La potasse caustique, la pâte de Vienne, si facile à manier, d'une promptitude et d'un mode d'action si réguliers, sont employés avec succès par quelques praticiens, et jouissent d'une force de destruction convenable dans les pustules récentes et peu profondes. M. Bourgeois, d'Étampes, qui a autorité en la matière, se loue beaucoup de la potasse caustique, qu'il fait précéder d'une incision cruciale et suivre d'un pansement au vin aromatique. Ce traitement a été adopté dans une partie de l'arrondissement de Provins. On limite parfaitement l'action de ces agents au moyen d'une rondelle de toile, ou bien d'un disque de diachylon percé à son centre suivant la largeur désirée. Le chlorure de zinc, base de la pâte de Canquoin, est un excellent caustique qui agit lentement, mais profondément et régulièrement ; il est peu connu dans la pratique des affections charbonneuses. Il n'en est pas de même du sublimé corrosif, qui jouit depuis longtemps dans la Beauce d'une réputation peu contestée, et que, dans d'autres pays, quelques charlatans vantent à titre de remède secret [1]. C'est « un des meilleurs caus-

---

[1] Dans quelques contrées, dans le canton de Dammartin (Seine-et-Marne), et plus encore dans la Beauce, les empiriques ou guérisseurs de charbon ont des emplâtres prétendus spécifiques qui sont composés de sublimé coloré tantôt avec du colcotar, tantôt avec du minium ; ils y mêlent quelquefois aussi de l'orpiment. Ils sont loin, comme on voit, d'employer des moyens inoffensifs.

tiques à employer contre la pustule maligne, dit aussi M. Raimbert. Si on le manie hardiment, et comme nous allons l'indiquer, on obtiendra des effets sûrs et certains. »

Dans la partie nord de notre région, cet agent est rarement mis en pratique, et peut-être à tort; il n'en est pas de même dans Seine-et-Marne et dans l'Oise, à Nanteuil-la-Fosse surtout, où le docteur Missa l'indique comme le caustique qui lui a le plus réussi dans sa longue pratique, et sur lequel on doit le plus compter. « A Nanteuil, écrit M. le docteur Boursier, avec un désintéressement confraternel que nous avons plusieurs fois admiré, le docteur Missa, qui jouit d'une grande vogue pour le traitement de cette affection, se sert exclusivement de deutochlorure de mercure. » C'est donc là un traitement qu'il ne faut pas dédaigner, et qui, dans des circonstances données, est appelé à rendre d'importants services. Et cependant plus d'un auteur, et par suite bien des médecins, s'élèvent contre cette pratique, par la crainte des accidents que peut entraîner l'absorption de ce redoutable médicament. Or, l'expérience montre que ces craintes sont exagérées; il n'en existe pas moins des règles à suivre que nous indiquerons.

MODE D'APPLICATION DES MOYENS LOCAUX OU CHIRURGICAUX.

Le grand précepte qu'on ne saurait trop répéter, est que, dans toute maladie charbonneuse par contagion externe, se révélant sous forme de pustule ou de tumeur malignes, il faut détruire sans hésitation les parties charbonneues, considérées, avec juste raison, comme le foyer d'où rayonneront les accidents consécutifs.

Cautérisation légère ou du début. — Quand la contamination est récente, une légère incision des tissus, destinée à favoriser l'écoulement du sang et à faciliter l'action d'un cathérétique simple, tel que l'ammoniaque liquide ou le nitrate d'argent, suffit ordinairement.

Si la période d'incubation est passée et que la pustule commence d'apparaître, ces moyens ne sont plus assez énergiques : il est nécessaire de leur substituer l'incision cruciale ou l'excision d'une part, et de l'autre l'acide azotique, sulfurique ou chlorhydrique, dont on imbibera soit un petit plumasseau de charpie, soit uue rondelle d'ouate. Si l'on n'a pas ces agents sous la main,

l'application d'un cautère chauffé à blanc les remplacera avantageusement, même sans incisions préalables, la tumeur charbonneuse étant restreinte et superficielle. La pustule est-elle plus complète, existe-t-il déjà une aréole vésiculaire avec gonflement périphérique : on perce et déterge chaque vésicule ; mieux encore, on excise toute la partie superficielle de la pustule, et l'on y applique soit un plumasseau imbibé de nitrate acide de mercure, de beurre d'antimoine, soit la pâte de Vienne ou le même caustique solidifié, connu sous le nom de Filhos, soit la potasse caustique.

Cautérisation au fer rouge. — Si ces moyens font défaut ou que l'on veuille agir d'une manière plus simple et plus expéditive, on recourra au cautère actuel. Le lendemain, en cas d'insuccès ou de succès douteux, ce que l'on reconnaît si l'eschare résultant de la cautérisation n'est pas bien caractérisée, si la douleur, l'inflammation et surtout la tuméfaction n'ont pas fait de progrès, on enlèvera avec la pince et le bistouri les parties escharifiées, ainsi que les nouvelles portions charbonneuses, et l'on renouvellera avec plus de rigueur l'opération de la veille.

Quand la maladie est plus avancée, qu'elle forme une tumeur développée, dure, s'enfonçant au milieu des muscles, des vaisseaux, peu importe, il faut se rappeler le précepte si bien tracé en peu de mots par Celse : *Nihil melius est quàm protinùs addurere*, et, pour atteindre le but plus sûrement, la circonscrire par des incisions méthodiques, la disséquer en ménageant le plus possible les organes importants qui ont presque toujours conservé leur aspect et leurs caractères ordinaires, le tissu cellulaire périphérique étant le siége à peu près exclusif de la maladie, et y plonger à plusieurs reprises un cautère olivaire assez volumineux, qu'on promènera dans toute cette excavation en l'arrêtant davantage sur les parties les plus malades. Quelques compresses froides seront appliquées ensuite. Les praticiens sont disposés à penser que la durée de l'application du fer rouge est subordonnée au degré de sensibilité du patient, c'est-à-dire qu'on doit la prolonger jusqu'à ce qu'il se manifeste une forte douleur. Or, rien n'est plus sujet à erreur que cette manière de procéder : tel malade est pusillanime et se plaint très-fort à la vue seule du fer incandescent ; tel autre est plein de courage et d'amour-propre et ne se plaint jamais ; quelques-uns sont engourdis, stupéfiés, ne ressentant rien et ne disant rien : comment s'y reconnaître et se diriger dans de semblables conjonctures ? Le plus sim-

ple et le plus sûr est de s'en rapporter à soi, d'apprécier l'étendue et l'intensité du mal et de leur proportionner les moyens curatifs ; c'est ainsi que, le plus souvent, un seul cautère pourra suffire, tandis que d'autres fois il en faut éteindre plusieurs dans la plaie et à son pourtour.

Alors même que les symptômes généraux seraient déjà prononcés, la cautérisation, quoique n'étant plus d'un effet à beaucoup près aussi certain, est encore utile, sinon pour détruire le virus qui est absorbé et répandu partout, du moins pour détruire ce qui pourrait encore rester à absorber localement, pour exercer une révulsion active et puissante, et contre-balancer l'influence septique sur l'économie.

Si, en raison de la pusillanimité extrême des malades, si, à cause du caractère de la tumeur ou pour d'autres motifs, on adopte la cautérisation potentielle, qui est le traitement exclusif de médecins très-expérimentés et habiles, voire même de contrées entières où règne le plus habituellement la maladie charbonneuse, on choisira les agents chimiques les plus puissants, tels que le nitrate acide de mercure, la potasse caustique, le beurre d'antimoine, le sublimé ou bichlorure de mercure. Ces caustiques pouvant être insuffisants ou dangereux, suivant la manière dont ils sont employés, nous pensons qu'il convient de se guider, pour leur application, sur l'exemple et les préceptes des médecins qui en ont usé le plus longtemps et avec le plus de succès. C'est pourquoi nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de donner intégralement les différents procédés ou méthodes qui nous inspirent le plus de confiance, ce qu'aucun ouvrage spécial sur la matière n'a encore compris, chaque auteur inclinant toujours à traiter avec complaisance ce qui lui est propre ou ce qu'il croit tel, et négligeant plus ou moins ce qui appartient à la pratique d'autrui.

Quant aux phlyctènes qui se montrent souvent en très-grand nombre dans le voisinage de la pustule maligne, du charbon symptomatique ou de l'œdème malin, quelques auteurs tiennent à les ouvrir toutes et à les soumettre à l'action du caustique qu'ils ont adopté : nous croyons, avec M. Bourgeois, que cette opération est inutile, qu'elle peut même avoir des inconvénients et qu'il vaut mieux s'en dispenser.

Le *nitrate acide de mercure* est d'un facile emploi, et il n'est pas nécessaire d'entrer à son propos dans de plus longues explications que celles que nous avons déjà données.

Cautérisation par la potasse caustique. — La potasse caustique,

sur la valeur thérapeutique de laquelle il n'y a pas un grand accord, n'a été expérimentée par personne, que nous sachions, avec autant de suite et de netteté de vues que par M. Bourgeois, qui a élevé cette médication, si je puis ainsi parler, à la dignité de méthode. « Muni d'un morceau de potasse caustique, autant que possible à l'alcool, dit le médecin d'Étampes, je le charge dans le porte-nitrate si la potasse est fondue en cylindre, ou je le saisis à l'aide de pinces à pansement quand elle est en tablette.

« Le malade étant assis ou couché, je commence à ouvrir les vésicules en promenant circulairement sur elles et sur l'eschare mon morceau de caustique ; dans le cas où cette eschare est trop sèche ou trop épaisse, j'en enlève quelques pellicules à l'aide d'une lancette bien effilée. Au bout de quelques instants, l'avidité de la pierre pour l'humidité fait que la portion de celle-ci qui est en contact avec les parties malades se dissout et pénètre les chairs, qui se délayent et forment un détritus qui s'amasse circulairement sur les bords de la petite excavation que l'on creuse ainsi. Il arrive même souvent que la vive irritation occasionnée par la potasse détermine un afflux assez considérable de sérosité dans la plaie : cette sérosité venant à dissoudre trop vite le caustique, celui-ci peut couler au point de déterminer de larges et profondes eschares, suivies de difformités plus ou moins fâcheuses. Pour éviter ce grave inconvénient, j'ai soin d'essuyer, avec un linge tenu de la main gauche, les coulées de potasse dissoute, sitôt qu'elles se forment. Après une ou deux minutes, on a généralement atteint les parties les plus profondes de la tumeur, ce qui se reconnaît à un léger écoulement sanguin. La plaie ainsi obtenue est profonde de quatre à cinq millimètres, de forme conique, et comprend ce que j'appelle la tumeur charbonneuse. Cette petite opération est assez douloureuse et ne doit pas toujours se borner au bouton malin : la cautérisation doit aussi atteindre les vésicules qui se sont développées plus ou moins loin de celui-ci. Je me contente alors de toucher légèrement la surface cutanée sur laquelle reposent ces vésicules, toutes les fois, bien entendu, qu'une portion de téguments sains les sépare de la pustule elle-même ; car si elles touchent cette dernière, il est bien évident qu'il faut les comprendre dans la même destruction.

« Quand j'ai lieu de craindre que quelques portions aient échappé à la cautérisation, et s'il n'y a pas à redouter la lésion de quelque organe important, je mets au fond de la petite plaie un morceau de potasse gros comme une forte tête d'épingle ou comme

une lentille, et je couvre le tout d'un morceau d'agaric bien moelleux que je maintiens à l'aide d'un bandage contentif simple, dans le cas où il n'y a que peu ou point de gonflement : dans le cas contraire, je fais appliquer sur la tumeur des compresses trempées dans une forte décoction de fleurs de sureau, animée ou non, suivant les circonstances, d'eau-de-vie camphrée. Je me contente quelquefois, surtout l'hiver et lorsque la tuméfaction est médiocre, d'une couche d'ouate.

« Le lendemain de l'opération, l'eschare est noire, plate et déprimée ; souvent l'agaric y adhère intimement, malgré les compresses de décoction de sureau. Cette eschare a envahi circulairement deux ou trois millimètres de parties molles non détruites primitivement (1). »

Cette eschare se détache de la troisième à la quatrième semaine, sans suppuration et en laissant une cicatrice rouge et peu saillante. Quand elle est plus étendue, elle est ordinairement suivie de suppuration et donne lieu à une plaie bourgeonnante.

En cas de gonflement prononcé et d'existence de symptômes généraux, il se peut faire que, le lendemain, les parties mortes soient « séparées des téguments sains par un bourrelet circulaire, continu, grisâtre, ridé, large d'un ou deux millimètres, peu saillant. On ne devra pas s'effrayer de l'apparition de ce bourrelet ; et, s'il n'existe pas au voisinage de vésicules isolées, on se contentera, quel que soit l'état général ou local, de continuer les applications résolutives. Mais si des vésicules, groupées plus ou moins régulièrement au pourtour ou dans les environs de l'eschare, ont apparu de nouveau, il faudra les réprimer à l'aide du caustique : on se contente de le promener à leur surface (2). » Cette augmentation du mal et à tout le moins l'état stationnaire durent trente-six ou quarante-huit heures ; ils tiennent à ce qu'une certaine quantité de virus a été absorbée avant l'application du caustique. « Il ne faudrait pas, sous prétexte d'atteindre ce principe virulent, produire d'énormes eschares qui n'auraient pour résultat que d'aggraver l'état local, puisque ces cautérisations ne pourraient jamais détruire tous les tissus imprégnés et surtout atteindre le virus absorbé (3). » Cependant, peu à peu « on voit la tuméfaction diminuer

(1) *Archives générales de médecine*, 1843, t. I, p. 346 et suiv. Cet auteur insiste sur les mêmes préceptes dans son *Traité de la pustule maligne* (p. 244 et suiv.).

(2) et (3) *Ibid.*

de la circonférence au centre ; les téguments se rident, parfois ils deviennent d'un rose plus ou moins vif, ce qui est toujours d'un bon augure ; les vésicules de dessèchent [1]. »

M. Bourgeois assure que ce traitement lui a réussi constamment, quand il a été appliqué de bonne heure, et même dans des cas presque désespérés. Les avantages qu'il lui reconnaît sont : la certitude de détruire le mal et rien que le mal, de faire des plaies moins profondes, et, par conséquent, d'avoir des cicatrices peu étendues, assez régulières, quoique avec une action énergique. Suivant lui, ces cicatrices ne se dépriment pas plus tard et prennent une teinte blanche et nacrée, double avantage qui ferait défaut à la cautérisation par le sublimé [2]. Son procédé lui paraît meilleur que celui qui consiste à abandonner le caustique sous un morceau de sparadrap ou d'emplâtre, où il peut se détacher, couler plus ou moins loin, désorganiser les tissus sains en laissant presque intacts ceux qu'il fallait détruire. Enfin, il préfère la potasse, « parce que cet agent est facile à manier, se dissout vite, pénètre promptement les chairs et forme avec elles un détritus mou qui permet aisément de sonder la profondeur du mal [3]. » J'avoue que sans admettre complétement les accusations que cet auteur fait peser, avec une complaisance visible, sur la cautérisation par le sel mercuriel, je crois qu'il est généralement dans le vrai, et que son procédé l'emporte en sécurité sans avoir moins d'activité. Aussi, en l'absence du fer rouge, conseillerais-je d'y recourir de préférence, en suivant exactement les conseils qui viennent d'être tracés. M. Bourgeois remarque, du reste, justement qu'il y a peu de danger de blesser quelque organe important ; car, au début, il suffit de cautériser l'épaisseur de la peau, et si le mal est déjà ancien, les téguments s'éloignent, par suite du gonflement, des organes qu'il est nécessaire de ménager. Il n'y a donc pas à craindre alors de pénétrer plus profondément, quoique avec prudence. Il ajoute sagement : « Il est rare qu'on puisse se contenter de moyens externes dans le traitement de la pustule maligne ; les malades viennent presque toujours réclamer nos soins lorsque déjà des symptômes généraux, même intenses, sont survenus. Il faut donc avoir recours à une médication interne [4]. » L'aperçu qu'il donne de cette

---

[1] *Archives générales de médecine*, 1843, t. I, p. 346 et suiv.
[2] *Traité de la pustule maligne*, p. 252.
[3] *Ibid.*, p. 349.
[4] *Op. cit.*, p. 351.

dernière est, du reste, conforme à ce que nous recommandons.

Ce médecin termine le parallèle qu'il établit entre sa méthode et le traitement par le sublimé par un argument qui serait triomphant s'il était irrécusable : c'est que la potasse ne lui a donné qu'un décès sur sept cas et demi traités, tandis que la mortalité a été environ du double dans un relevé publié par M. Raimbert, partisan de la cautérisation par le sublimé ([1]).

Cautérisation par le beurre d'antimoine. — Le beurre d'antimoine est employé par un assez grand nombre de praticiens, depuis Boyer, ou plutôt depuis Énaux et Chaussier. M. Vicherat me paraît, parmi nous, avoir le mieux compris et tracé son application, quoique son procédé ne diffère pas beaucoup de celui des chirurgiens précédents. Nous lui emprunterons donc volontiers les renseignements qu'il a bien voulu fournir sur son procédé : incision cruciale proportionnée à l'étendue de l'altération des tissus, puis cautérisation avec un petit plumasseau de charpie imbibé de beurre d'antimoine liquide délayé avec un peu d'alcool ordinaire, le tout recouvert par une couche de poudre de quinquina de trois à quatre millimètres d'épaisseur, et celle-ci d'un cataplasme de farine de graine de lin. Quand existe la traînée leucophlegmasique sans autres accidents, M. Vicherat recourt aux lotions de quinquina ; s'il s'y joint des troubles généraux : éther, quinquina, toniques et antiseptiques à l'intérieur, sans leur accorder toutefois une grande confiance. Le médecin de Nemours n'a pas, d'ailleurs, la même foi que M. Bourgeois dans l'efficacité de sa médication, car il n'hésite pas à reconnaître que quoique la cautérisation par le beurre d'antimoine soit toujours suffisante pour la première période, elle peut être avantageusement remplacée par le cautère actuel, auquel il n'a trouvé, dans sa pratique, d'autre inconvénient que celui d'épouvanter certains malades.

L'addition de la poudre de quinquina faite par M. Vicherat est destinée sans doute à donner plus de consistance au caustique antimonial ; c'est aussi en raison de sa déliquescence très-grande que M. Philipeaux recommande de le solidifier en l'associant à de la farine, comme Canquoin l'a conseillé pour le chlorure de zinc, et de bien étancher le sang de la plaie qui, en le décomposant, neutraliserait ses propriétés destructives ([2]).

([1]) *Traité de la pustule maligne*, p. 263.

([2]) *Traité de la cautérisation*, p. 110.

L'application de ce caustique est très-douloureuse et donne une eschare qui tombe vers le douzième jour. Quant à la durée de son application, elle est proportionnée à la profondeur supposée de la tumeur charbonneuse. En raison de l'analogie d'action qui existe entre le chlorure d'antimoine et le chlorure de zinc, nous rappellerons que M. Philipeaux a établi que ce dernier caustique pénètre à trois millimètres de profondeur dans la première heure, à six dans la seconde; que sa marche se ralentit ensuite et n'atteint : en six heures, que neuf millimètres ; en vingt-quatre heures, deux centimètres; en soixante-douze heures, quatre centimètres (¹). On pourra se gouverner en conséquence. Enfin, nous ajouterons que la sensibilité, d'ailleurs si amortie chez les personnes atteintes par le charbon, pourra facilement être atténuée et même annulée par l'addition à la pâte caustique d'une suffisante quantité de sel de morphine, ce qui nous a réussi complétement avec la pâte de Canquoin.

Cautérisation par le sublimé corrosif. — Le sublimé corrosif est chaudement préconisé par plusieurs médecins de notre contrée et de la Beauce. Nous allons transcrire ce que dit M. Raimbert du mode d'emploi qui lui a procuré les meilleurs résultats, et qui était, dit-il avec un esprit d'équité qui l'honore, suivi déjà depuis longtemps par M. Poulain, de Châteauneuf, et qu'a surtout fait connaître M. Vaucoret, de Denouville (²). « Après les préliminaires d'incision cruciale de l'eschare et d'excision de ses angles, on remplit le godet qui résulte de cette opération de sublimé, *non en poudre, mais concassé*, que l'on recouvre d'un emplâtre. Nous avons en outre l'habitude de couvrir de bichlorure grossièrement pulvérisé toute l'aréole vésiculaire dont les phlyctènes ont été largement déchirées, et même d'en dépasser les limites. Pour empêcher cette poudre de glisser, de se répandre et d'exercer son action au delà des parties que nous voulons atteindre, nous en déterminons d'avance l'étendue en appliquant sur la peau un morceau de sparadrap percé d'un trou à son centre. Un autre morceau de la même toile agglutinative, recouvert d'un peu d'onguent Canet ou autre pour mieux fixer la poudre, une compresse et une bande, complètent le pansement (³). »

Il faut environ vingt-quatre heures pour que la cautérisation par ce procédé soit achevée et atteigne un centimètre de profondeur.

(¹) *Op cit.*, p. 126.
(²) *Op. cit.*, p. 323.
(³) *Ibid.*, p. 323-4.

L'eschare est bien moins profonde si l'on a ménagé l'épiderme; aussi est-il bon de l'enlever préalablement soit par des scarifications, soit plutôt par une incision cruciale suivie de l'excision de ses bords (16e, 17e et 21e obs.). Quant au sublimé en excès, il reste sur l'eschare. Les accidents résultant de l'absorption sont très-rares et peu prononcés. La salivation même ne se voit qu'exceptionnellement, à en juger par les observations que j'ai parcourues. Cette médication, qui a pour elle la meilleure des sanctions, l'expérience, est, comme on le voit, en complète contradiction avec ce qu'ont avancé quelques auteurs, notamment M. Philipeaux (1), et M. Bourgeois lui-même qui, cependant, lui accorde la seconde place dans le traitement du charbon (2). Mais on ne devra pas oublier qu'il est recommandé d'employer le sel mercuriel en poudre grossière, simplement concassée. Son absorption et ses propriétés toxiques sont de la sorte bien amoindries; mais nul n'oserait affirmer qu'elles ne se révèlent jamais et qu'elles ne puissent s'ajouter parfois au danger réel auquel est déjà exposé le malade. Cette considération peut donc motiver le rang que concède M. Bourgeois au sublimé par rapport à la potasse, quoique nous ne comprenions pas un pareil rapprochement si ce médecin est persuadé, comme il le montre, de ses graves inconvénients; mais que sont en comparaison ceux qu'il reproche au fer rouge? La cautérisation par le sel mercuriel est adoptée dans nos contrées, comme nous l'avons dit, par M. Missa, de Nanteuil, qui déclare avoir eu de nombreux insuccès avant d'employer ce traitement, et n'avoir eu à peu près que des succès depuis qu'il y recourt. Le moment le plus propice, suivant lui, est du troisième au quatrième jour; après le cinquième, il y a bien moins de chances de guérison. Son procédé diffère sensiblement de celui des médecins de la Beauce : rondelle de linge proportionnée à la largeur de la pustule, recouverte d'une couche de sublimé de deux millimètres d'épaisseur; on doit la maintenir exactement sur le siége du mal avec des bandelettes agglutinatives pendant vingt-quatre heures, après quoi la maladie est détruite. Pansement ensuite avec le styrax trois fois par jour, et fomentations chaque fois sur toutes les surfaces tuméfiées avec l'huile de lis, de lin, d'*hypericum*. Détachement de l'eschare au bout de dix jours environ (3); puis pansement comme pour une plaie simple.

---

(1) *Op. cit.*, p. 121.
(2) *Op. cit.*, p. 243.
(3) *Union médicale*, septembre 1863.

Un ancien et habile médecin, le docteur Colson, de Noyon, tout en rendant hommage au succès de M. Missa, n'hésite cependant pas à déclarer que le sublimé ne vaut pas mieux que les caustiques puissants connus.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formule de crayons de nitrate d'argent mitigés pour les cautérisations des paupières ;

Par M. Guyot, pharmacien.

Nitrate d'argent............................	2 parties.
Nitrate de potasse..........................	1 —
Sulfate de potasse..........................	1 —

Faites fondre dans un creuset d'argent ou de platine et coulez dans une lingotière de même métal, bien décapée, de manière à les obtenir blancs.

Pour plus de commodité et afin de pouvoir les tailler aisément, il est facile de les enduire de gutta-percha en les trempant dans une dissolution légère de cet enduit dans le sulfure de carbone.

Ces crayons offrent l'avantage sur ceux préparés jusqu'à ce jour (avec le nitrate de potasse seulement) d'être moins déliquescents, et n'ont pas, de là, l'inconvénient de couler, comme il arrivait souvent avec ces derniers, qui occasionnaient des taches et des brûlures.

Nouveau moyen d'employer la farine de moutarde.

Les épithèmes dérivatifs sont des agents précieux en thérapeutique ; on les prescrit souvent en médecine. Celui qui est composé avec de la farine de moutarde rend d'immenses services, parce que sa préparation est simple, prompte, facile, à la portée de tout le monde ; il ne détermine pas sur la peau des éruptions douloureuses comme le font l'emplâtre ou sparadrap de thapsia, l'huile de croton ou l'émétique.

La farine de moutarde a cependant un inconvénient : l'huile fixe qu'elle contient y détruit, en vieillissant, le principe actif.

Un pharmacien de Paris, chimiste aussi modeste que savant, M. Rigollot, est parvenu, à la suite de nombreux essais, à enlever à cette substance la cause de cette altération, sans toucher au principe rubéfiant ; de plus, il l'étale en couche mince sur du papier.

Ce mode de préparation est un succès, puisqu'on peut avoir toujours chez soi un médicament dont l'action ne fera pas défaut.

Pour employer le papier sinapisé, il suffit d'en prendre une feuille de la grandeur déterminée, de la baigner dans l'eau pendant quelques secondes, de la poser toute mouillée sur la peau, de l'y fixer avec un mouchoir ou un bandage en linge.

La moutarde en feuille ne présente qu'un très-petit volume. Le médecin de campagne et les gens du monde peuvent en avoir en provision, pour, dans les cas pressés, en faire eux-mêmes l'application.

Ne plus salir la peau; ne plus affecter les yeux ni l'odorat; offrir un rubéfiant toujours sûr, peu volumineux, pas plus dispendieux que la farine de moutarde, tel était le problème que voulait résoudre notre confrère; il l'a résolu, le temps le prouvera.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Considérations sur la pathogénie et le traitement rationnel de la fièvre intermittente.

« En possession d'un spécifique par excellence, le quinquina et ses dérivés, le médecin n'a plus à s'occuper qu'à en déterminer le mode d'administration le plus efficace, s'il a rempli sa mission qui est de guérir; peu importe si son esprit n'est pas satisfait. Il s'estimerait même très-heureux de pouvoir obtenir si facilement un résultat favorable et d'avoir, pour chacune des maladies du cadre nosologique, un médicament qu'on décorerait du nom de *spécifique.* » — Tel est, j'en suis convaincu, le raisonnement de bon nombre de praticiens soucieux de soulager leurs malades, mais tenant fort peu à savoir comment agissent les armes qu'ils ont en main.

La véritable science médicale ne saurait se contenter d'un simple résultat; elle doit s'éclairer par tous les moyens possibles, et s'efforcer de pénétrer de plus en plus les mystères de la nature; elle ne peut qu'en tirer les plus grands bénéfices. Que la science et la clinique, comme deux astres satellites, cherchent à s'éclairer l'une par l'autre. Si elles se trouvent quelquefois en désaccord, ce ne peut être que momentanément et parce que la vue de l'une est plus courte que celle de l'autre.

Loin de désirer l'augmentation du nombre des spécifiques, nous souhaitons, au contraire, leur disparition de la matière médicale, et nous espérons que bientôt, plus avancés dans la connaissance des phénomènes de la physiologie pathologique, nous pourrons, sans peine, détruire ou contre-balancer les actions perturbatrices et altérantes des causes morbides et ramener plus facilement l'organisme à son type normal. Ce résultat ne peut être obtenu sans une analyse approfondie des phénomènes cliniques des maladies et sans la recherche des troubles physiologiques d'où ils découlent. La physiologie pathologique, appelée à rendre les plus grands services, ne peut s'établir définitivement que sur une connaissance complète de la physiologie normale. Espérons que les progrès accomplis ne s'arrêteront pas, et que la voie véritablement scientifique et positive dans laquelle cette science est entrée ne sera pas détournée par des systèmes qui ont la prétention de tout expliquer par des forces mystérieuses et qui n'expliquent rien. Assez tôt la science arrive au mystère ; heureux quand elle peut le reculer et lever un coin du voile qui couvre toutes les mutations de la matière organisée vivante.

Pour tout esprit positif, la cause des fièvres intermittentes n'est plus un mystère, et le *miasme paludéen* ou végétal n'est plus un mythe. Nous savons qu'on peut facilement le recueillir en condensant la vapeur d'eau de l'air infecté ; qu'il consiste en une matière albuminoïde altérée qui, mise en contact avec le sang, avec le tissu musculaire frais, en amène rapidement la putréfaction. Nous savons encore qu'injectée dans les vaisseaux, donnée en boisson à certains animaux, cette matière fait naître un état morbide qu'on a désigné, chez le mouton par exemple, sous le nom de *cachexie aqueuse*.

L'homme qui respire, qui vit au milieu d'une atmosphère chargée de ce poison, en est imprégné bien évidemment, surtout par les voies respiratoires ; chaque jour il s'introduit dans son sang et se mêle au *plasma* de ce liquide formé de substances albuminoïdes coagulables qui prennent si facilement des états isomériques différents, ne sont plus propres dès lors à l'assimilation et doivent être éliminées de l'économie. Débutant par le sang, l'altération ne tarde pas à se généraliser aux solides, globules, muscles, nerfs, etc., et une *allopathie* se constitue dans l'organisme. Toutes ces altérations existent, peu marquées au début, mais bientôt faciles à reconnaître par l'analyse chimique, qui nous montre une diminution de la fibrine qui, ayant pris un état isomérique particulier, ne se coagule

plus, et une diminution du nombre des globules du sang, dont la formation est liée à l'intégrité du plasma. Enfin, à la longue, les solides eux-mêmes s'altèrent, laissant passer la partie séreuse du sang qui produit des hydropisies.

Avec un pareil état anatomo-pathologique, les *excrétions*, peut-être même certaines sécrétions, doivent être altérées, et il est certain que la matière albuminoïde de ces liquides a pris un état d'altération analogue à celle que renferme le sang. Les excrétions intestinales surtout sont rapidement modifiées dans les empoisonnements miasmatiques, et je ne doute pas qu'elles ne soient une des principales voies d'élimination de ces poisons ou des dérivés de ces poisons qui, très-probablement, ne se conservent pas en nature dans l'organisme, et ne s'éliminent pas en cet état. La preuve de la réalité de ces phénomènes se trouve surtout dans les troubles gastro-intestinaux qu'on rencontre si fréquemment chez les sujets contaminés; il est inutile de dire que la diarrhée est un des principaux accidents de l'intoxication paludéenne, dysentérique, putride des amphithéâtres, typhique, etc.

Le mucus, dont la nature est excrémentitielle, se trouve altéré; agissant sur la muqueuse par un principe irritant, fait couler le liquide intestinal que fournissent surtout les glandes de Brunner et les follicules de Lieberkuhn; il en résulte un état diarrhéique. Cette excitation de la muqueuse intestinale peut quelquefois aller jusqu'à l'inflammation et créer une véritable entérite. Une fois excrété, le mucus ne saurait être absorbé; mais, quand il est mélangé aux autres sucs intestinaux, il se modifie et peut devenir absorbable avec le chyme. Si la diarrhée n'existe pas pour entraîner le mucus et les sucs altérés, une nouvelle intoxication peut se faire par l'intestin même, et l'organisme, malgré les efforts de la nutrition, ne peut se débarrasser rapidement de ses produits anormaux. Ce phénomène d'intoxication secondaire existe, selon nous, dans la fièvre typhoïde, et est une des choses dont on doit se préoccuper dans son traitement; il existe également dans la fièvre intermittente, et nous verrons bientôt quel rôle il joue dans la genèse des phénomènes fébriles eux-mêmes.

A côté de toutes ces altérations intimes, se groupent des altérations organiques bien connues, comme les *lésions spléniques*, hépatiques, etc., que nous ne pouvons considérer comme primitives. C'est bien à tort, selon nous, que l'on a cherché dans la rate même la cause de la fièvre; il me semble inutile d'insister sur une question aujourd'hui bien jugée : désigner la maladie par le nom même

de la rate hypertrophiée ne donne pas l'idée qu'on doit se faire d'une maladie générale. Nous verrons, en recherchant comment naissent les phénomènes réactionnels fébriles de l'intoxication paludéenne, la manière toute naturelle dont se produisent les lésions secondaires que nous ne faisons qu'indiquer parce qu'elles sont décrites partout.

Nous ne décrirons pas non plus les symptômes détaillés d'un accès de fièvre intermittente ; nous nous contenterons d'en prendre les principaux traits, d'en rechercher la cause et de montrer la manière dont ils s'enchaînent. Soit donc un malade intoxiqué par le miasme : après un malaise général, des bâillements, des pandiculations, un peu de céphalalgie, quelques troubles digestifs légers, etc., se montre le frisson du premier stade de la fièvre. Dans cette période, deux grands phénomènes physiologico-pathologiques me frappent : du côté des téguments externes, une décongestion évidente du réseau capillaire ; le corps semble diminuer de volume, ainsi qu'on l'a dit avec raison ; de là ces teintes bleuâtres, livides, que prennent surtout les extrémités et les paupières, ces horripilations avec sensation de froid et diminution réelle de la chaleur périphérique. Du côté des téguments intérieurs et des organes qui en sont les annexes, une congestion plus ou moins forte, mais toujours sensible; une douleur lombaire presque constante, une douleur ou pesanteur dans les hypochondres, de l'oppression épigastrique, enfin très-souvent des nausées et des vomissements [1] indiquent la stase sanguine du système veineux abdominal. Cette congestion m'a été démontrée de la manière la plus évidente, par l'augmentation du volume de la rate au moment de l'accès et par l'observation directe de fiévreux atteints d'hémorrhoïdes. Au début de l'accès, ces tumeurs se gonflent, diminuent un peu dans le second stade et disparaissent à peu près à la fin du troisième; souvent cet engorgement est une cause de vives douleurs, et réclame un traitement spoliatif qui soulage momentanément les malades. Je conclus de cette observation que tout le système porte et la rate son annexe, gorgés de sang au premier stade, se dégorgent un peu dans le second et finissent leur retrait presque complet dans le troisième. En même temps, un thermomètre porté dans le rectum indique une élévation de température qui peut être d'un degré.

---

[1] Les vomissements sont le résultat, je pense, de la stase veineuse; on sait, en effet, que la fibre musculaire est excitée et entre en contraction sous l'influence de l'accumulation du sang veineux.

Avec le deuxième stade s'établit un état à peu près inverse à celui du premier : la tension artérielle diminue, la peau se congestionne, la chaleur se porte vers l'extérieur, et tout le corps, qui a semblé amoindri, prend une expansion anormale. En même temps, la congestion intérieure diminue, les vomissements cessent, le pouls prend de l'ampleur, et les tumeurs hémorrhoïdaires, quand elles existent, diminuent.

Arrive le troisième stade : tous les symptômes incommodes s'amendent, le pouls perd de sa fréquence, la tension artérielle augmente, le système mésaraïque se décongestionne, et l'équilibre s'établit dans tout le système circulatoire. Enfin, la fièvre cesse; mais, pendant cette période, une excrétion puissante s'est établie; la sueur a entraîné au dehors une certaine quantité de produits destinés à être éliminés. L'urine elle-même est devenue anormale par l'excès des matériaux qu'elle entraîne et probablement par la présence de quelque produit anormal.

Enfin, l'*apyrexie* se montre : mais il n'y a pas une intermission de santé parfaite, et, jusqu'au nouvel accès, il y a toujours quelque symptôme qui indique un état de maladie.

Voilà certes une série de phénomènes réactionnels bien curieuse! Quoique la chose semble difficile, nous pensons qu'on peut en donner une interprétation rationnelle, bien préférable, ce nous semble, au quiétisme de l'ignorance. La pathogénie est souvent délaissée; mais si la thérapeutique n'est pas en désaccord avec elle, elle permet d'agir en connaissance de cause et de ne plus marcher au hasard. J'hésite d'autant moins à faire connaître ma théorie, que, dans la pratique, j'ai obtenu des résultats meilleurs, qui satisfont en même temps l'esprit et l'amour-propre du médecin, qui est de guérir sûrement ses malades.

Pathogénie. — Nous avons dit que les excrétions de l'intestin se trouvaient altérées; l'observation nous les a montrées toujours acides. Quand s'opère la digestion intestinale, le mucus se mélange aux matières digérées et non digérées, en même temps que le suc digestif afflue pour continuer la dissolution des substances échappées à l'estomac. Le mucus, de son côté, se redissout et se mélange aux autres liquides, pour former un composé assez complexe dont se fait l'absorption par le réseau capillaire des vaisseaux mésaraïques. Alors, le sang de la veine porte, déjà vicié comme celui de l'organisme tout entier, se trouve acquérir tout d'un coup, après la digestion complète, un degré d'altération plus considérable. Arrivé au foie, ce sang vicié trouve une barrière qui ne lui permet

pas de pénétrer tout d'un coup dans le torrent de la circulation. La physiologie nous démontre, en effet, que là se passe normalement un véritable phénomène de dépuration et de perfectionnement du liquide nourricier, auquel concourent et le foie, et la rate son auxiliaire. Ce sang vicié devient pour le système capillaire hépatique un sujet d'irritation, et par conséquent de resserrement vasculaire : la barrière devient plus infranchissable.

Ici commence l'accès de fièvre; l'obstacle au foie amène nécessairement l'engorgement de la veine porte et de la rate son annexe, et, en même temps, un trouble général qui va retentir sur la circulation. Comme dans toute congestion locale, le système vaso-moteur périphérique va entrer en action en même temps que se produira le frisson. Mais l'action vaso-motrice ne peut se prolonger trop longtemps sans compromettre la vie; elle s'épuise peu à peu en même temps que l'action du cœur s'exaspère pour vaincre les obstacles. La chaleur succède au frisson à mesure que se congestionne le système cutané; le second stade a commencé; en même temps le foie permet le passage plus facile du sang porte, et, peu à peu, le système tout entier se décongestionne d'autant plus facilement que le tégument extérieur opère une révulsion salutaire.

L'équilibre rompu commence à s'établir : le sang vicié a passé dans les poumons, et bientôt toute la masse du sang a éprouvé une atteinte plus ou moins forte. Heureusement la congestion cutanée vient favoriser un moyen de dépuration, par l'exagération de l'excrétion sudorale, et bientôt, faute d'excitant, l'organisme revient à son état de calme.

L'accès de fièvre a cessé et l'apyrexie va durer jusqu'à nouvelle intoxication du sang porte. On comprend pourquoi le nouvel accès sera plus ou moins retardé, suivant que l'altération du chyme sera plus ou moins forte, suivant que l'excitabilité nerveuse sera plus ou moins épuisée. Il sera quelquefois nécessaire que les digestions de plusieurs jours accumulent leur influence pour faire naître l'accès; de là les types différents qui sont si bien connus.

L'intermittence, qu'on a souvent cherché en vain à expliquer, est intimement liée à un acte physiologique lui-même intermittent : la digestion. Le moment du début des accès est très-variable; mais le plus ordinairement il existe le matin, précisément au moment où l'absorption intestinale vient d'obtenir le summum.

Le poison paludéen n'est pas le seul qui produise des phénomènes de cette nature : dans certaines dyspepsies, il existe des accès analogues qu'on a souvent confondus avec la fièvre inter-

mittente véritable. Mal élaborés, les produits de la digestion sont anormaux et deviennent irritants ; la cause de la crise est différente, mais le résultat est le même. Dans les maladies du foie nous observons pareils accès qui tiennent à l'irritation congestive de l'organe.

Avec la théorie que je viens d'exposer, on se rend assez bien compte des *différentes formes* que peuvent présenter les fièvres : la sécrétion biliaire est plus ou moins retenue et crée la *forme bilieuse;* la muqueuse intestinale est plus ou moins hyperémiée et produit la forme dite *muqueuse*. Ces états donnent souvent à la fièvre un type *continu* ou *rémittent,* qui cesse avec les complications pour ramener l'intermittence franche.

Je viens de me servir de l'expression d'hyperémie, parce que, dans l'intoxication paludéenne, l'altération du sang ne se prête guère aux inflammations franches ; l'élément couenneux, véritable produit d'altération du plasma, n'existe pas, et, par conséquent, ne peut guère engendrer cette altération anatomique. Toute inflammation doit être précédée d'un état particulier du liquide nourricier qui lui permet une coagulation plus prompte dans les vaisseaux ; les causes invoquées ordinairement ne sont que des causes déterminantes auxquelles l'organisme est exposé à chaque instant sans être influencé. Les causes primitives de l'inflammation se lient intimement à l'état du plasma du sang, dont l'altération spéciale, dans ce cas, nous est encore inconnue dans la manière dont elle se produit.

Dans la fièvre paludéenne, l'altération du sang est si évidente qu'il n'est pas rare de voir des hémorrhagies intermittentes pendant l'accès. Il y a quelques jours, je voyais un fiévreux dont le premier stade s'annonçait par une hémoptysie abondante, qui correspondait à la congestion interne de la période de frisson. Il est bien certain qu'au lieu d'une hémorrhagie, c'eût été une pneumonie qui eût succédé à la fluxion du poumon si la diathèse inflammatoire eût existé chez mon malade. Cette hémorrhagie a cessé en même temps que la fièvre.

Malgré le peu de prédisposition des fiévreux aux inflammations, les congestions viscérales engendrent quelquefois des états locaux qui se rapprochent bien de l'inflammation. Le médecin doit souvent peu s'en préoccuper. En combattant l'état général, on voit bientôt disparaître ces manifestations locales, qu'il serait dangereux de traiter comme une inflammation franche. Si un organe essentiel tend à l'hypérémie, il vaut mieux agir par des moyens révulsifs que de recourir aux émissions sanguines, dont il faut être tout à fait sobre dans la fièvre intermittente. Chez quelques malades obèses, à

tempérament lymphatico-sanguin, j'ai vu plusieurs fois la maladie se juger plus facilement après une déplétion locale du système porte, à l'aide d'une application de sangsues au fondement; mais je dois dire que ces cas sont rares et exceptionnels.

Traitement. — Basée sur une bonne pathogénie, la thérapeutique devient rationnelle; l'indication est plus précise et l'application du moyen plus sûre. Que mes lecteurs se rassurent, je n'ai point de nouveaux médicaments à leur proposer; les armes sont assez nombreuses et assez puissantes : si nous savons bien nous en servir, la victoire nous est toujours assurée.

Je tiens seulement à montrer, pour être logique, comment les résultats de ma pratique sont d'accord avec ma théorie. J'ai dit que dans le tube digestif se trouvait la cause de l'accès de fièvre; il était tout naturel que je songeasse à m'en débarrasser le plus possible. J'avais observé, comme tout le monde, que, très-souvent, chez les fiévreux, une diarrhée simple de quelques jours faisait disparaître les accès. Imitons la nature, me suis-je dit; et tout simplement j'ai créé chez mes malades une diarrhée persistante légère. Chaque jour j'ai donné une solution de sulfate de soude d'une dizaine à une quinzaine de grammes dans un litre d'une tisane insignifiante, à prendre par verres dans la journée, et, au bout de cinq à six jours, les accès devenaient moins forts et disparaissaient, en même temps que les fonctions digestives se rétablissaient.

Dans les fièvres légères et de médiocre intensité, ce seul moyen suffit et permet la guérison dans un temps assez court et qui ne dépasse guère une semaine.—Le même effet peut s'obtenir avec le sulfate de magnésie, le sel de cuisine en solution, l'eau de mer et les eaux minérales salines purgatives qui ne sauraient s'adresser qu'à une certaine catégorie de malades.

L'expulsion a réussi; l'absorption sur place des sucs viciés devait également, dans la théorie, devenir un moyen actif. Je me suis donc mis à donner le sous-nitrate de bismuth, plus tard la *craie* tout simplement, à la dose de 10 à 20 grammes dans les vingt-quatre heures, en cinq à six prises, et j'ai obtenu avec ce dernier médicament les mêmes résultats qu'avec les sels purgatifs. Les malades acceptaient même mieux la poudre de carbonate de chaux que le sel de soude, à cause de son insipidité absolue. J'ai souvent réuni les deux moyens et le résultat s'est montré très-satisfaisant. Le matin j'ai donné le sel et dans la journée la craie. Je suis convaincu que beaucoup d'autres corps inoffensifs agiraient de la même façon.

Les moyens que je viens d'indiquer peuvent s'appeler *directs ;* mais il y en a d'autres qui sont *indirects* et qui empêchent les accès, en agissant sur le système nerveux, et par son entremise sur les phénomènes générateurs de l'accès. Il est certain, par exemple, que si les phénomènes du premier stade sont empêchés, l'accès tout entier le sera. Si je pervertis la sensibilité et si j'annihile l'action vaso-motrice dont j'ai parlé, tout restera dans le calme.

Ma conviction est que la *quinine* et ses congénères, que l'*arsenic* agissent de cette façon, en paralysant l'action des nerfs par lesquels l'action réflexe met en mouvement le système vaso-moteur. L'accès devient impossible si le médicament a exercé son action physiologique. En pratique, nous savons que, dans les huit dixièmes des cas, le résultat est certain avec cet alcaloïde; son sulfate, par exemple, à la dose de 0gr,80 à 1 gramme, donné et absorbé neuf à dix heures avant l'accès, l'empêche sûrement.

La fièvre est coupée, dit-on. Oui, elle l'est si pendant la période d'action du médicament, qui est de six à sept jours, l'organisme a le temps de réparer ses brèches. Souvent il n'en est pas ainsi et de nouveaux accès reviennent. Il faut, pour empêcher ce retour, renouveler l'action du remède avant son épuisement, y revenir tant que l'organisme ne s'est pas cicatrisé. Admirable médicament, qui ne guérit pas lui-même, mais qui permet à la nature de mettre en jeu ses forces médicatrices; en empêchant les accès, son service est immense, parce que cette crise entrave les fonctions digestives, la nutrition et les moyens dont la nature a besoin pour arriver à la guérison.

Voici encore un autre moyen, qui n'agit que par son action puissante sur le système nerveux et par une voie différente de celle du sulfate de quinine : je veux parler de l'*hydrothérapie*. Une douche froide générale, administrée au moment du début de l'accès, le fait avorter, et, après plusieurs avortements successifs, la fièvre disparaît. Ici l'action se porte directement sur le système vasculaire, qui est fortement excité ; une congestion réactionnelle vive se fait vers la peau et le premier stade est éludé.

La médecine possède-t-elle des moyens réellement curatifs, c'est à-dire capables d'aider la nature dans son travail réparateur? Nous le pensons, et à leur tête nous plaçons le *quinquina*, puis les *tannins*, dont l'action s'exerce sur le plasma du sang et facilite l'assimilation des matériaux plastiques qui servent à la nutrition. Par sa composition, le quinquina est le fébrifuge type avec ses alcaloïdes et

ses principes astringents. Pour qu'il ait toute sa puissance, il doit être administré journellement et pendant un temps suffisant.

Le *tannin* pur, le *cachou*, ont une action toute-puissante sur la cachexie qui résulte des fièvres invétérées. Associés à l'opium, ils réussissent même à couper les accès.

Le *tannate de quinine* est une bonne préparation, mais qui ne vaut pas le quinquina en nature, et surtout son *extrait hydro-alcoolique*.

Après le tannin se placent les ferrugineux, dont il importe de ne pas négliger l'emploi, si favorable à l'hématose dans toutes les fièvres longues, surtout chez les femmes et les enfants.

En général, dans la pratique, je crois qu'il y a toujours avantage à recourir tout de suite à la quinine, qui est le plus sûr moyen d'empêcher les accès pernicieux qu'il est trop souvent impossible de prévoir. Le lendemain de son administration, on commence l'usage des moyens dont j'ai déjà parlé. En revenant deux ou trois fois, à des intervalles de cinq jours, au sel quinique, on est sûr, dans la grande majorité des cas, de guérir la maladie et d'éviter ces récidives sans fin que l'on voit après l'administration simple et peu méthodique des sels de quinine. Il ne faut pas oublier que, tant que la nutrition ne s'exécute pas normalement, la maladie n'est pas guérie, et que tout doit être mis en œuvre pour activer les différentes fonctions qui concourent à cette grande œuvre de conservation individuelle : bon régime alimentaire, hygiène meilleure ; enfin, quinquina, tannin et ferrugineux.

Je ne terminerai pas cet article sans dire un mot du traitement de l'accès. Nous avons vu qu'on pouvait, par l'hydrothérapie employée à son début, le faire presque avorter. Il est encore un moyen assez puissant d'agir sur lui, par le tartre stibié, et, mieux, l'ipécacuanha, donnés à dose vomitive, au début également. Ces médicaments agissent sur le système nerveux et en même temps comme évacuants. L'accès, sous leur influence, se modère, et, la période sudorale arrivant plus tôt, la fièvre tombe beaucoup plus tôt. Souvent, par cette seule médication, les accès sont coupés, et, si l'estomac est *embarrassé*, les fonctions digestives se rétablissent beaucoup plus vite.

Quand l'accès est commencé complétement, il est ordinairement nécessaire qu'il parcoure toutes ses périodes ; ce que nous en avons dit montre très-bien qu'il doit en être ainsi. Tout ce que peut faire la thérapeutique, c'est d'en abréger la durée. Les boissons chaudes aromatiques au début, l'opium et l'acétate d'ammoniaque, un quart

de lavement froid pour faciliter le dégorgement abdominal, quelques applications froides sur le front si la céphalalgie est vive, voilà quels sont les moyens qu'on peut utiliser.

Pour terminer mon travail, je dirai : Ne cherchons pas dans les médicaments une action mystérieuse; ils ne sont que les aides des actions organiques, qui seules guérissent les maladies.

Dr ANT. DE BEAUFORT, de Chaillac (Indre).

BULLETIN DES HOPITAUX.

OBSERVATION DE NERVOSISME CAUSÉ PAR L'USAGE DU TABAC A FUMER. — M. X***, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, n'a jamais eu de convulsions dans son enfance. Il n'y a pas de maladies nerveuses dans sa famille. A quinze ans, il commence à fumer la cigarette. Il fume en aspirant fortement la fumée dans l'arrière-bouche, le larynx et les bronches, pour la chasser ensuite par le nez et par la bouche. En termes de fumeur de cigarettes, cela s'appelle *avaler la fumée.* La cigarette procure à M. X*** une jouissance particulière qui lui fait adopter exclusivement ce mode de fumer. Au moment où *il avale* les premières bouffées de fumée, un spasme, une vapeur, partant de l'estomac et montant au cerveau, le jette dans une douce ivresse; en même temps une grande faiblesse se manifeste dans les membres inférieurs, surtout dans les genoux; les pieds n'ont plus conscience du sol sur lequel ils reposent; le visage devient pâle, et le sang, affluant au cœur, détermine de légères palpitations. Il y a aussi un peu de dyspnée, des brouillards devant les yeux. M. X*** se complaît dans ces sensations, quoiqu'elles soient suivies de fatigue dans les membres inférieurs et dans la tête; aussi fume-t-il beaucoup, la cigarette exclusivement, et surtout immédiatement après les repas. Environ deux ans après, il se voit forcé de quitter pendant quelques mois sa chère cigarette, car à la première bouffée de fumée qu'il *avale,* un vertige subit, effrayant, se fait sentir; il manque de s'évanouir, et certainement il s'évanouirait s'il voulait *avaler* une seconde bouffée. Il peut, du reste, sans rien ressentir, fumer une pipe, un cigare, ou même une cigarette, à condition de ne pas *avaler* la fumée. Au bout de quelques mois, M. X*** peut revenir petit à petit à sa méthode favorite de fumer.

A l'âge de vingt ans, M. X*** fume par jour pour 20 centimes de

tabac en cigarette. Alors les troubles nerveux augmentent, et bientôt il survient un nervosisme général bien caractérisé, qui dure constamment au moins pendant trois mois et qui se reproduit chaque année et devient de plus en plus inquiétant. Il y a une amyosthénie générale, surtout remarquable dans les membres inférieurs, une faiblesse extrême dans les articulations des genoux. Les pieds n'ont pas conscience de la consistance du sol. Fourmillements. Perte de l'équilibre. M. X*** ne peut rester debout immobile; il faut absolument qu'il remue les jambes pour ne pas s'affaisser sur lui-même. Digestions pénibles, flatuosités, constipation, constriction à la gorge, tête lourde, vertiges, étourdissements, travail intellectuel pénible, cœur exalté, grande mélancolie ou gaieté forcée; enfin, presque tous les troubles qui constituent un nervosisme complet se donnent rendez-vous chez M. X***.

A l'âge de vingt-six ans, le nervosisme empire. M. X*** n'ose plus sortir; il n'ose plus tourner la tête ni se baisser, dans la crainte de tomber. Il y a une raideur extraordinaire et très-pénible dans les muscles de la région postérieure du cou. Bourdonnements d'oreilles intenses. Tous les antispasmodiques ont été essayés; mais M. X*** n'a encore pu se décider à abandonner sa cigarette. C'est dans ces conditions qu'il se présente à moi. Je prescris des bains tièdes prolongés pendant deux heures chaque matin, du *quassia amara*, un peu de fer, et surtout la suppression de la cigarette. Au bout de huit jours, il n'y a plus de raideur dans les muscles du cou; la susceptibilité nerveuse est bien diminuée. Mon malade fume bien encore par-ci par-là quelques petites cigarettes qui ramènent quelques spasmes. Je finis par persuader à M. X*** que la cigarette est la source première de tous ses maux, qu'il faut absolument l'abandonner pour recouvrer la santé; et pour être obéi plus facilement, je permets un cigare par jour, au moins une heure après le repas.

Les bains ont été cessés au dixième jour; les ferrugineux, les boissons amères ont été continués encore quelques jours, pendant lesquels les bourdonnements d'oreilles ont cessé.

Aujourd'hui M. X*** est guéri et peut fumer impunément un cigare et même deux par jour, sans avoir de spasmes. Il sent très-bien que s'il voulait *avaler* une bouffée de fumée, les spasmes reviendraient immédiatement comme par le passé.

Ainsi, d'un côté, M. X*** éprouve des effets nerveux subits et constants lorsqu'il fume *en avalant* la fumée; de l'autre, il n'éprouve plus rien *sans avaler* cette même fumée.

Pourquoi cette différence d'action selon le mode de fumer? Est-ce parce que, dans le premier cas, la fumée attirée avec force dans le pharynx, le larynx et les bronches, vient influencer directement les rameaux du pneumo-gastrique qui se rendent à ces parties ?

En ma qualité de tout jeune praticien, je veux m'en tenir à de simples interrogations, laissant à des confrères plus expérimentés le soin d'élucider cette question. Dr Cersoy, de Langres.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide. Dans la fièvre typhoïde, la température donne une mesure exacte de la gravité de l'affection. Cela étant posé, y a-t-il un moyen qui permette d'abaisser cette température? Dans le cas où cette température est abaissée, a-t-on simplement combattu un symptôme, ou bien a-t-on diminué la gravité de l'affection ? D'après le docteur Jürgensen, l'eau froide amènerait cet abaissement de température et diminuerait la gravité de la fièvre typhoïde.

Pour apprécier les différents résultats qu'il obtenait par cette méthode, l'auteur constatait les températures du malade toutes les heures. toutes les deux heures, rarement toutes les quatre heures, le jour et la nuit. Il prenait ses températures dans le rectum avec des thermomètres de Leyser.

Les affusions consistaient ordinairement en douches en pluie au moyen d'une pomme d'arrosoir de 14 centimètres de rayon. L'eau s'écoulait par le fond de la baignoire; quelquefois on la laissait s'y accumuler lorsqu'on voulait obtenir des effets plus puissants.

La température de l'eau du bain variait de + 21 degrés à + 4 degrés centigrades. La durée et le nombre des bains étaient subordonnés à la gravité de l'affection et à la période de son évolution, qui se jugent d'après l'élévation de température du corps et par le temps qu'il lui faut après une affusion pour revenir à sa température primitive. Les douches duraient de deux à quinze minutes ; les malades étaient essuyés avec un drap froid et immédiatement transportés dans leur lit, que l'on avait eu la précaution de réchauffer.

Il y avait quelques contre-indications à l'emploi de ces douches :

1° On pouvait supposer, chez les personnes sujettes à des hémorrhagies, que la contraction des vaisseaux cutanés amènerait dans l'aorte une augmentation de tension du sang, qui chercherait à se précipiter du côté des artères profondes, notamment de l'artère cœliaque, et qu'il y aurait par conséquent à redouter des hémorrhagies intestinales. Les événements ont prouvé qu'il n'en était rien. Cependant, dans ce cas, on abaissait la température au moyen d'applications de glace.

2° Chez les malades qui, avec une élévation de température, avaient les extrémités froides, état qui s'accompagne ordinairement de parésie cardiaque et de grandes inégalités de température, on employait les bains complets de 37 à 38 degrés centigrades. On se servait des mêmes bains pour les malades qui présentaient des complications pulmonaires plus ou moins graves, accompagnées d'insuffisance cardiaque ; on observait alors un notable abaissement de la température du corps, tandis que les extrémités se réchauffaient. Il se pourrait que la chaleur, agissant sur la tunique musculaire des artérioles périphériques, favorisât dans ces cas l'action du muscle cardiaque.

Les douches froides sur la tête, la poitrine, la colonne vertébrale provoquent des inspirations énergiques et favorisent la circulation du sang. Peut-être, dans certains cas graves,

ces douches empêcheraient-elles le poumon de tomber dans cette sorte d'inertie que l'on observe dans les bronchites capillaires. Elles n'ont pas réussi à M. Jürgeosen, ce qu'il attribue à la trop grande perte de chaleur qu'elles provoquent.

3° Dans quelques cas où on avait observé une température de 41 degrés, on plongea les malades pendant quinze à vingt minutes dans un bain de 17 à 21 degrés centigrades, et, avant de les retirer, on y projetait 15 à 25 kilogrammes de glace.

Proportionnellement, les douches amenaient un refroidissement moins notable que les bains complets, parce que les malades, appuyés contre la baignoire, ne présentaient que la moitié du corps à l'action de l'eau. Les malades trouvent le bain complet beaucoup plus agréable que la douche; celle-ci est suivie d'un frisson beaucoup plus violent que celui qui suit le bain. Il est à noter que ces frissons sont sans importance et ne doivent pas empêcher l'emploi du bain tant que la température l'exige.

On employait peu de médicaments dans le cours de la maladie : lavements et purgatifs légers quand il fallait favoriser les évacuations alvines; opium dans les hémorrhagies intestinales ; comme stimulants, les alcooliques. L'aération des salles se faisait avec beaucoup de soin; quand les malades avaient faim, on leur donnait des bouillons, des potages, du lait, etc. L'alimentation devenait plus substantielle quand la fièvre était tombée.

Voyons maintenant les effets de l'eau froide sur la température des malades et la gravité de l'affection.

Chez les malades qui furent traités par des douches ou des bains complets d'environ 8 degrés centigrades, le thermomètre, introduit dans le rectum, indiquait aussitôt après le bain un abaissement de 2 degrés centigrades. On remarquait, aussitôt après, un ralentissement des pulsations du cœur et des mouvements respiratoires, en même temps que la peau devenait rouge et moite. Il suffisait d'une douche froide pour arrêter subitement l'élévation de la température et la rendre constante.

Sur une première série de 350 cas de fièvre typhoïde traités par la méthode ordinaire, c'est-à-dire par l'expectation, il y a eu 51 morts, c'est-à-dire 15,4 pour 100. Dans une seconde série de 160 malades traités par l'eau froide, on n'a eu que 5 morts à regretter, c'est-à-dire 3,1 pour 100. (*Klinische studien*, et *Arch. gén. de méd.*, juin 1867)

Cas de violentes douleurs de la tête à la suite d'accidents, traitées avec succès par les injections sous-cutanées de morphine. L'usage des injections hypodermiques ne paraissant pas être encore tout à fait passé dans la pratique courante, il ne saurait être inutile de faire voir par des exemples quels bénéfices on peut obtenir de ce mode d'introduction des médicaments, notamment lorsque, pour une cause ou une autre, leur administration par la voie ordinaire reste sans effets ou n'est pas praticable. Nous savons bien que, dans ces cas, la méthode endermique peut rendre des services analogues, et nous sommes loin de les dédaigner ; mais il est certain que cette méthode n'offre pas des avantages égaux à ceux que présente sa rivale. Quoi qu'il en soit, voici quelques faits qui ne sont pas sans intérêt au point de vue envisagé ici.

I. Homme de quarante-cinq ans, admis à l'hôpital Saint-George, dans le service de M. H. Lee, pour une fracture compliquée du fémur, suite de chute d'un quatrième étage. Lorsqu'il se trouva rétabli des symptômes immédiats de ce grave accident, une douleur violente et continue se manifesta derrière l'oreille, au côté gauche de la tête. L'opium, sous diverses formes, fut administré, mais sans apporter le moindre soulagement. C'est alors qu'on pensa à recourir aux injections hypodermiques : un quart de grain de morphine fut déposé sous la peau à l'aide de la seringue le 14 avril, puis le 15, et, à partir de ce jour un demi-grain chaque soir jusqu'au 6 mai, et chaque fois la douleur fut calmée. Elle reparut ensuite de temps à autre, et toujours l'injection de morphine procura le même soulagement.

II. Dans le second cas, il n'était pas possible de faire prendre la morphine par l'estomac. C'était chez une femme de trente ans, qui avait été apportée à St.-George's hospital, après avoir été écrasée par une lourde voiture dont la roue lui avait passé sur le ventre. Il existait au niveau de l'estomac une extravasation énorme de sang, et il y avait d'excessives douleurs et des nausées et vomissements continuels. L'opium, comme tout ce

qu'on tentait de faire ingérer, était immédiatement rejeté. On lui fit chaque soir une injection sous-cutanée de morphine, et ce moyen exerça la plus heureuse influence tant sur la douleur que sur l'irritabilité de l'estomac.

III. Dans un troisième cas, il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, qui, ayant été renversé par une voiture, fut relevé et transporté à l'hôpital, ayant une plaie de tête considérable au côté gauche de la région occipitale et une fracture du crâne, mais sans communication avec la plaie. Il y avait contraction d'une des pupilles et dilatation de l'autre. Au bout de trois jours, le blessé reprit sa connaissance, mais pour se plaindre d'une douleur continue et extrêmement intense de la tête, s'étendant d'arrière en avant. L'injection sous-cutanée d'un quart de grain de morphine, pratiquée au bras, apporta un soulagement considérable, qui fut soutenu les jours suivants par des injections nouvelles. (*British med. Journ.*, 20 avril 1867.)

Vertiges nerveux guéris par les courants électriques. Observation recueillie par le docteur S. Fubini. Un homme de trente-trois ans, d'un tempérament lymphatique, sujet dans son enfance et dans sa jeunesse à des blépharo-conjonctivites, fut pris en 1857, à la suite de revers de fortune, d'insomnies; son caractère se modifia, il devint irritable, colère, il allait même jusqu'à se frapper la tête contre les murs. Pour se soustraire aux chagrins qu'il éprouvait par suite de l'embarras de ses affaires, il s'adonne, pendant plusieurs mois, à des excès alcooliques. Des vertiges assez violents pour lui faire perdre l'équilibre surviennent alors. On le saigne, on lui fait des applications de sangsues, de sinapismes, on le soumet à l'usage de l'ellébore, de l'oxyde de zinc, puis du fer, de décoctions amères, etc.; il n'obtient que des améliorations passagères. Enfin, après avoir essayé du valérianate de quinine sans succès, il consulte le docteur Fubini, qui l'examine avec le plus grand soin. On ne découvre avec l'ophthalmoscope aucune lésion de la rétine, ni des milieux de l'œil, il n'y a rien dans l'oreille, rien dans la trompe d'Eustache, les organes thoraciques et abdominaux sont parfaitement sains. Il n'a pas de pertes séminales, bien que cependant le sens génital soit troublé; par moments, il a de fatigantes érections; dans d'autres, il reste froid, tout en désirant le coït. Il est pâle, amaigri, se plaint d'une continuelle fatigue, et de vertiges extrêmement pénibles. Il les compare, pour le malaise qui les précède et les accompagne, au mal de mer.

Il est soumis à l'action d'un courant électrique continu produit par quatre éléments de Daniell : les pôles sont appliqués, l'un à la nuque, l'autre à l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale. Au bout de huit jours, il y a une amélioration notable; les vertiges ont diminué de fréquence; la durée des accès est bien plus courte; la marche est moins fatigante, et des promenades assez longues peuvent être faites sans inconvénient. Au douzième jour, par un temps de pluie et de vent, redoublement des vertiges et des douleurs de tête; ils ne persistèrent pas, et le lendemain il y avait beaucoup de mieux. Pendant treize mois, le traitement fut continué avec une admirable patience et des alternatives diverses. Suspendu une seule fois pendant un voyage de quelques jours, il y eut un retour des vertiges que fit cesser de nouveau le courant électrique. Puis, enfin, les accidents disparurent complétement. Le malade put accepter des fonctions administratives qui le tiennent dans son bureau quelquefois plus de neuf heures sans interruption. Il ne souffre plus, et la guérison ne s'est pas démentie depuis un an : tout traitement est suspendu, la guérison est complète. (*Annales médico-psychologiques.*)

Emploi avantageux du sulfate de soude cristallisé en topique contre les opacités de la cornée. M. le docteur O. Durant, aide-major, rapporte le cas suivant, observé à l'hôpital militaire de Versailles dans le service de M. Boulian, médecin-major de première classe, cas qui vient confirmer les conclusions de la note lue dernièrement à l'Académie des sciences par M. le docteur de Luca. (V. notre livraison de juin.)

Le fait est relatif à un enfant de troupe, âgé de dix ans, entré à l'hôpital le 15 mars dernier, pour y être traité de diverses manifestations scrofuleuses, parmi lesquelles des ulcérations de la cornée, — multiples, mais superficielles et petites, sur la cornée droite, — unique sur la gauche, mais large, profonde, à peu près centrale, et masquant l'iris.

Après que les moyens de traitement, tant locaux que généraux, eurent amené la guérison de ces diverses lésions strumeuses, il restait, le 12 mai, à gauche une tache d'un blanc de craie, épaisse, grosse comme un pois, entourée d'une zone blanchâtre moins opaque, de 5 à 6 millimètres de diamètre; à droite un petit point blanchâtre, presque central, et d'autres taches nuageuses répondant au pointillé ulcéreux qui avait siégé sur cette cornée, restée terne et dépolie.

L'état général se transformait pour ainsi dire à vue d'œil, sous l'influence de la médication interne, d'une bonne alimentation, de bains sulfureux et alcalins; mais les taches, malgré l'usage des collyres secs ordinaires prolongé pendant six semaines, ne diminuaient pas sensiblement.

Le 21 juin, sur la proposition de M. Durant, M. le docteur Boulian voulut bien consentir à essayer le sulfate de soude. Chaque jour, le matin, et quelques jours matin et soir, une petite pincée de ce sel réduit en poudre très-fine fut projeté à l'aide d'une spatule sur l'une et l'autre cornée. Au bout de dix jours, il n'y avait pas encore d'amélioration ; mais à partir du 4 juillet, le succès ne put être contesté : la cornée droite reprenait visiblement de la transparence; la zone entourant la cicatrice de la cornée gauche diminuait chaque jour d'étendue et d'épaisseur. Ces changements allèrent progressant jusqu'au 10 août, époque où l'enfant fut rendu à ses parents. A ce moment, sauf quelques taches nébuleuses, difficiles à constater, il ne reste sur la cornée droite qu'un petit point central, large comme une tête d'épingle, un peu grisâtre, mais translucide; à gauche, l'opacité est réduite au volume d'une forte tête d'épingle et la zone qui l'entourait a entièrement disparu. Cette opacité est située au niveau du bord inférieur de la pupille, et en ce point il y a adhérence de l'iris à la cornée ; mais le reste de l'iris est contractile et l'enfant assure qu'il voit presque aussi bien de cet œil que de l'autre.

C'est là un résultat extrêmement satisfaisant, et de nature à encourager les praticiens à recourir à ce moyen, certainement plus efficace que ceux habituellement mis en œuvre, avec d'autant plus de raison que son emploi est tout à fait exempt de douleur. (*Gaz. des Hôp.*, 1867, nº 111.)

Ostéo-périostite alvéolo-dentaire; traitement. Cette maladie (*suppuration conjointe des alvéoles et des gencives* de Jourdain, de M. Oudet), malheureusement commune, est, malheureusement aussi, généralement regardée comme incurable. Un médecin qui se livre avec habileté et succès à l'étude et à la thérapie des maladies de la cavité buccale, M. le docteur Magitot, dans un mémoire très-bien fait, où il la décrit plus complétement que ses devanciers, s'attache à démontrer qu'elle n'est pas au-dessus des ressources de l'art.

L'ostéo-périostite alvéolo-dentaire peut être reconnue sans difficulté, étant d'ordinaire assez nettement caractérisée par ses phénomènes locaux : déviation, au début, de l'organe malade; puis ébranlement et allongement suivis de la période de décollement gingival et de suppuration alvéolaire ; ce dernier signe, véritablement pathognomonique de la maladie, s'observe pendant toute sa durée, depuis la période de début jusqu'à l'époque la plus avancée.

Sans vouloir analyser le travail de M. Magitot, nous nous bornerons à faire connaître à nos lecteurs le traitement mis en usage par ce praticien distingué, et avec succès, comme le témoignent les observations exposées dans son mémoire.

Ce traitement consiste dans les moyens suivants : Applications périodiques, répétées tous les sept ou huit jours, d'acide chromique solide ou déliquescent, au collet de la dent et dans l'alvéole même; — emploi habituel du chlorate de potasse à la dose de 1 à 4 grammes par jour, sons forme de pastilles, ou, en cas de contre-indications, application de cette substance en topique extérieur ; — antiphlogistiques locaux, sangsues ou scarifications des gencives, dans les cas d'hyperémie ou de congestion plus ou moins vive des parties ; — dérivatifs cutanés ou intestinaux ; — emploi de moyens généraux et prescription de certaines règles d'hygiène ou de régime, appropriés à l'état constitutionnel des malades.

Il est bon de remarquer, en effet, que, si la maladie est parfois purement locale, très-souvent elle se trouve sous la dépendance de certains états constitutionnels ou diathésiques, sur lesquels la médecine a plus ou moins de prise. Tels sont : la ménopause, la suppression du flux menstruel,

l'exagération du tempérament sanguin avec congestions céphaliques, les intermittences hémorrhoïdaires, la dyspepsie et la constipation habituelles; et, choses plus graves, le diabète ou l'albuminerie. (*Arch. gén. de méd.*, juin et juillet 1867.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Traitement de la congestion cérébrale et de l'hallucination par l'acide arsénieux. La médication arsénicale pour combattre l'état de congestion des organes encéphaliques n'est pas chose nouvelle dans les pages du *Bulletin de Thérapeutique*; nos lecteurs habituels le savent, car ils n'ont sans doute pas oublié le mémoire très-intéressant inséré dans notre recueil, par M. le docteur Lamarc-Picquot, dans le cours de l'année 1859, non plus qu'une formule recommandée par M. le docteur Massard, dans laquelle l'arsenic est présenté également comme prophylactique de la congestion et de l'apoplexie. Depuis, un autre médecin très-distingué des départements, M. le docteur Millet (de Tours), qui a étudié en clinicien habile l'emploi thérapeutique des préparations arsénicales, a cru devoir n'accueillir qu'avec beaucoup de réservo, sinon rejeter totalement, les conséquences que ces deux auteurs ont voulu tirer des faits par eux observés. Mais le dernier mot paraît n'avoir pas été dit sur ce sujet : M. le docteur Lisle vient de lire devant l'Académie de médecine une note qui viendrait à l'appui des opinions de MM. Lamare-Picquot et Massard. Voici les conclusions de cette note, qui a été renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Baillarger et Cerise.

Les aliénés présentent souvent des signes plus ou moins marqués de congestion cérébrale ; les hallucinés sont toujours dans ce cas. Sur 195 de ces derniers, traités par l'acide arsénieux, 131, ou 67 pour 100, ont été guéris, et 29 ont éprouvé une amélioration durable.

L'hallucination, considérée jusqu'ici comme un symptôme de la folie, n'en est qu'une complication presque toujours grave. Elle est le symptôme le plus caractéristique d'une congestion cérébrale.

L'acide arsénieux est un remède véritablement spécifique de cette maladie. Il est encore très-utile chez les paralytiques, les incohérents, les mélancoliques, etc., exempts d'hallucinations, mais présentant des signes évidents de congestion cérébrale.

L'acide arsénieux, administré avec prudence et surveillé avec soin, est un des agents les plus inoffensifs de la matière médicale. La dose varie entre 5 et 16 milligrammes, administrée en trois fois dans la journée, au commencement de chaque repas. (*Acad. de méd.*, 17 sept.)

Albuminurie aiguë; traitement par le sulfate de quinine, l'eau de Vichy et les purgatifs; guérison rapide. M. le docteur Bertholle fut appelé, le 4 avril dernier, auprès d'une dame de sa clientèle, âgée de cinquante ans, qui, la veille, pendant une course en ville, avait été prise subitement d'étouffements violents. Cette dame, en traitement depuis six mois pour une tumeur fibreuse de l'utérus, avait toujours été bien portante jusque-là, sauf une céphalalgie périodique dont avait triomphé depuis deux ans le sulfate de quinine.

M. Bertholle fut d'abord frappé de l'anxiété extrême de la respiration, qui était telle que la malade se trouvait menacée de suffocation au moindre mouvement; rien à l'auscultation du cœur ni des poumons, qui fût de nature à rendre compte de ce symptôme.

Le 7 avril, apparition de bouffissure de la face et constatation d'un œdème prononcé des extrémités. L'examen des urines y fait trouver une notable quantité d'albumine.

Du 7 au 10, l'œdème envahit tout le corps et s'accroît rapidement ; la suffocation augmente et paraît imminente à chaque mouvement. Pas de douleur dans les reins. M. Gubler, appelé en consultation, constate la présence de l'albumine dans les urines, qui sont devenues rares et concentrées, reconnaît que les poumons sont envahis par l'œdème, et porte le pronostic le plus grave. Traitement : cinq pilules de sulfate de quinine, chaque jour, de 5 centigrammes chacune; deux verres d'eau de Vichy (Lardy); tous les trois jours un purgatif avec calomel et aloès, āā 10 centigrammes.

Du 10 au 13, l'état semble encore s'aggraver; mais alors apparition d'une polyurie abondante, et dès le lendemain amélioration sensible, surtout diminution notable de l'oppression. Le mieux continue les jours suivants et l'œdème commence à diminuer graduellement.

Le 18, respiration beaucoup plus facile, nul signe d'œdème pulmonaire, l'anasarque diminue rapidement. Le 22, plus de traces d'albumine dans les urines. Le 24, les règles paraissent, en retard de quelques jours. Le 26, il n'y a plus d'œdème; appétit; la malade affirme se trouver dans son état de santé habituel. Revue le 7 mai, en bon état; point d'albumine dans les urines.

Voilà certainement une observation intéressante. L'albuminurie a suivi son évolution en vingt-deux jours. Mais deux questions se présentent, qui n'ont point échappé à notre confrère. D'abord, la malade est-elle définitivement guérie ? C'est ce qu'un ou plusieurs examens ultérieurs feront connaître. Ensuite, y a-t-il eu, dans ce cas, une maladie de Bright au premier degré, ou un simple trouble fonctionnel de la sécrétion urinaire ? La rapidité de la guérison ferait plutôt pencher vers cette dernière interprétation; mais l'une et l'autre solution sont loin d'être faciles. (*Soc. médico-chir. de Paris*, 9 mai 1867.)

Observation de phthisie syphilitique, guérison. M. le docteur Henry Gintrac, professeur de clinique interne à l'École de médecine de Bordeaux, a lu à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de cette ville l'observation suivante, que nous reproduisons en l'abrégeant, mais en faisant en sorte de ne rien lui ôter d'essentiel.

Le 5 mai 1867, était admis à la clinique un homme de quarante-trois ans, ferblantier, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin et dont les antécédents de famille ne présentaient rien de fâcheux. En mars précédent, sans cause appréciable, il avait éprouvé une vive douleur au niveau du sein gauche, puis une toux d'abord sèche, accompagnée, vers le mois d'avril, d'une expectoration muqueuse abondante. Parfois il avait eu de la fièvre, mais de peu de durée. Il avait maigri, mais pas à un degré considérable. Jamais d'hémoptysie.

En 1852, il avait eu un chancre induré qu'il avait laissé sans traitement. Trois mois après, syphilides papuleuses, traitées et guéries, à l'Antiquaille de Lyon, par l'iodure de potassium. En 1859, nouvelle éruption syphilitique, squammeuse, chute des cheveux, ulcération à la gorge, plaques muqueuses autour de l'anus; iodure de potassium pendant trois mois. En 1861, douleurs dans la continuité des membres, plus intenses la nuit; gonflement au niveau de la crête des tibias, avec saillies dures, arrondies et circonscrites.

État au moment de l'entrée : pouls à 76 ou 80, pas plus fréquent le soir; peau un peu chaude; forces diminuées et amaigrissement, mais non au degré qu'on observe dans les lésions organiques avancées. Appétit conservé, assez bonnes digestions, pas de diarrhée. Toux assez fréquente, expectoration abondante, épaisse, jaunâtre, purulente. Conformation du thorax régulière. Rien à la percussion ni à l'auscultation dans tout le côté droit; rien non plus dans les parties supérieure et inférieure à gauche; mais de ce côté, matité évidente vers la partie moyenne et antérieure, un peu au-dessus du mamelon, dans un espace très-circonscrit; et à ce niveau souffle caverneux, râles muqueux, presque du gargouillement, et retentissement de la voix se rapprochant de la pectoriloquie. Battements du cœur réguliers, sans souffle.

A quelle maladie avait-on affaire ? Y avait-il dilatation bronchique, abcès du poumon, caverne due à un ramollissement tuberculeux ? Pour des motifs qu'il est inutile de rappeler à des médecins habitués à examiner des malades et à discuter chaque jour avec eux-mêmes des questions de diagnostic, M. Gintrac écarta la pensée de ces affections, et en raison de la présence de certains phénomènes généraux et locaux et de l'absence de certains autres, en raison surtout des antécédents, il pensa qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une gomme syphilitique développée au sein du parenchyme pulmonaire.

En conséquence, le malade fut soumis à l'usage de l'iodure de potassium, dont la dose fut portée successivement de 25 centigrammes à 2 grammes par jour. Après vingt jours de l'emploi de ce médicament, l'expectoration avait diminué, et les signes stéthoscopiques dénotant l'existence d'une cavité étaient beaucoup moins prononcés. Vers le milieu du mois de juin,

cessation de l'expectoration, disparition des râles humides; à leur place, souffle d'un timbre particulier, sibilant, qu'on dirait produit par l'aplatissement d'une bronche. Dans les premiers jours de juillet, le malade quitte l'hôpital, ne toussant plus, ne crachant plus, ayant repris ses forces et son embonpoint, ayant la poitrine également sonore partout, et n'offrant plus à l'auscultation d'autre bruit anormal que le souffle observé à la partie moyenne et antérieure du côté gauche, et dont les caractères viennent d'être indiqués. Ainsi le résultat du traitement était venu confirmer le diagnostic. (*Gaz. hebd.*, 20 septembre 1867.)

VARIÉTÉS.

On nous annonce, — et cette nouvelle sera pour la profession tout entière un sujet d'étonnement non moins que de regret,— que M. le professeur Nélaton vient de donner sa démission.

La Faculté de médecine de Paris ouvrira la session de ses examens (1867-1868) le lundi 21 octobre. Les cours du semestre d'hiver commenceront le 4 novembre.

Sont nommés à la Faculté de médecine de Paris : *Chef de clinique obstétricale* : M. le docteur Charpentier ; — *Chefs de clinique médicale* : MM. les docteurs Damaschino et Duguet; — *Aides d'anatomie* : MM. Terrier, de Lens et Prompt.

La Société impériale de médecine de Lyon met au concours les questions suivantes: 1° De l'emploi de la viande crue en médecine; 2° De l'assistance publique.

M. Rayer. — La mort ne cesse de frapper les célébrités du corps médical français. A la liste déjà trop longue que contenaient nos précédentes livraisons, il faut ajouter le nom de M. Rayer, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin de l'Empereur, etc. La plus haute position à laquelle on puisse arriver dans notre corporation, M. Rayer l'avait obtenue, et il n'avait plus rien à désirer. Nous ne voulons pas retracer ici sa vie si remplie, ni parler de son court passage au décanat, où, malgré ses bonnes intentions, il ne put réparer la faute qu'il avait commise en acceptant un poste auquel il n'était nullement préparé, mais nous devons rappeler qu'il laisse deux titres immortels à la reconnaissance du corps médical: la création de la Société de biologie et de l'Association générale des médecins de France.

Nous apprenons la mort du Docteur Debreyne, religieux de la grande Trappe, connu par divers écrits, et à la collaboration duquel notre journal a dû des travaux intéressants. Il était âgé de plus de quatre-vingts ans.

M. le docteur Elie, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Nantes, vient également de mourir.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Etude expérimentale sur l'action physiologique du bromure de potassium ;

Par MM. Martin-Damourette et Pelvet [1].

Chapitre II. — Action du bromure de potassium sur les systèmes et les appareils organiques.

Après avoir tracé la symptomatologie de la maladie bromique, nous croyons utile, pour compléter l'histoire du bromure, d'analyser à part ses effets sur chacun des grands systèmes et appareils de l'organisme.

I. *Action sur les muscles.*

L'irritabilité d'un muscle isolé ou du cœur s'éteint en une à trois minutes par le contact du bromure de potassium solide ou dissous. Cela est prouvé par les expériences suivantes :

1° Le cœur de la grenouille étant découvert, on place sur le ventricule un cristal de bromure de potassium du volume d'une lentille; les battements se ralentissent immédiatement et s'arrêtent au bout de deux minutes; l'oreillette bat encore, on y place le cristal, et, après une à deux minutes, elle est arrêtée aussi en contraction. Le lavage du cœur avec de l'eau n'en rétablit pas les battements; il n'est pas irritable à la pince galvanique; néanmoins, la grenouille continue à sauter. Il en est de même si on injecte 4 centigrammes de bromure de potassium en solution au cinquième par la pointe du cœur; il s'arrête en contraction après une minute et demie; mais, dans ce cas, l'intoxication générale suit de près la paralysie du muscle cardiaque.

2° On recouvre les muscles du mollet de bromure de potassium, et, après deux minutes, ils ont cessé d'être irritables par l'électricité. De même, si on injecte la solution de bromure de potassium au cinquième dans un tronçon de membre, on en paralyse les muscles avant toute atteinte de ceux des autres régions. C'est ce que nous voyons se produire sur une grenouille préparée par la ligature des vaisseaux à la base du cœur, dont la cuisse injectée par la solution au cinquième de bromure est paralysée, tandis que les muscles de la jambe et de toutes les autres parties restent irritables.

---

(1) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 241.

Cela se voit même sur une grenouille non préparée, où les muscles de la partie injectée ou simplement recouverte de bromure de potassium perdent les premiers leur irritabilité. Cette action locale du sel bromique sur le tissu musculaire explique parfaitement la perte d'irritabilité de tous les muscles par l'empoisonnement, et peut déjà servir de base à l'interprétation des résultats curatifs obtenus dans les hypercynèses.

II. *Action du bromure de potassium sur le système nerveux.*

1° Les nerfs sensitivo-moteurs perdent leur excitabilité par le contact direct du bromure. Cela est facile à vérifier sur le nerf sciatique chez une grenouille préparée par la ligature du cœur ou non préparée, dont on injecte la cuisse avec 3 ou 4 centigrammes de bromure de potassium. Le nerf de la cuisse, comme précédemment les muscles, ne répond plus à l'excitation mécanique ou électrique, tandis que les nerfs de la jambe et de toutes les autres parties sont parfaitement excitables. La paralysie coupe donc le nerf exactement dans les points bromurés. Même constatation sur un nerf isolé et recouvert de bromure dans une portion de son trajet; il perd l'excitabilité dans les points touchés, et il la conserve au-dessus et au-dessous.

Il est donc hors de toute contestation que le conflit du bromure avec les nerfs suffit pour détruire leurs propriétés en dehors de toute participation des centres à l'empoisonnement; et ceci nous paraît légitimer, pour certains cas, les applications thérapeutiques locales de cet agent.

La diffusion du bromure de potassium par l'absorption va répandre la même influence sédative sur tout le système nerveux périphérique et en combattre les manifestations morbides en excès (hyperesthésie et spasme).

2° L'excitabilité de la moelle épinière paraît aussi directement atteinte par le bromure de potassium. Pour le démontrer, nous avons injecté comparativement dans le canal rachidien d'une grenouille 8 gouttes d'eau distillée et 8 gouttes de solution au cinquième de bromure de potassium dans celui d'une autre grenouille, sur les conseils et en présence de M. Martin Magron. Au bout de trois minutes, la grenouille injectée à l'eau a encore des mouvements réflexes énergiques et retire vivement les pattes, tandis que la grenouille injectée au bromure de potassium ne retire plus du tout les pattes et ne répond à aucune excitation (brûlure, piqûre, etc.).

Après trente-deux minutes, l'introduction d'un stylet dans la la moelle produisit encore quelques contractions des membres chez la grenouille injectée à l'eau, et non chez celle injectée au bromure, quoique les nerfs et les muscles fussent parfaitement excitables. Cette expérience est insuffisante pour conclure à l'abolition du pouvoir réflexe de la moelle par l'action directe du bromure de potassium, et nous nous promettons de la renouveler et d'en varier les conditions.

Dans tous les cas, il n'est pas douteux que le bromure de potassium, porté au contact de la moelle par absorption, n'en affaiblisse et n'en détruise les propriétés, puisqu'à une certaine période du bromisme les excitations mécaniques et électriques du centre rachidien sont impuissantes à produire des contractions dans les muscles de parties préservées de l'empoisonnement.

Il est à peine besoin de faire remarquer l'importance des résultats qu'assure à la thérapeutique cette diminution de la sensibilité et du pouvoir réflexe de la moelle dans le traitement des affections douloureuses et convulsives, telles que l'irritation spinale, l'épilepsie, la chorée, l'hystérie, probablement le tétanos, etc.

Pour tous les praticiens qui auront la sage hardiesse de s'élever aux doses nécessaires pour ramener la moelle à un juste équilibre entre la vivacité des actions qui lui arrivent et celle des réactions qu'elle engendre, il y a là de grands éléments de succès.

Il est à penser que les sédations multiples produites par le bromure de potassium à la fois sur la sensibilité périphérique et centrale, sur le pouvoir excito-moteur de la moelle, en même temps que sur la conductibilité des nerfs moteurs et sur l'irritabilité des muscles, concourent à la production d'une résultante plus certaine dans les diverses formes de l'exagération nerveuse. On comprend, en effet, les convulsions par excès d'impressionnabilité du système nerveux sensitif venant exagérer la réaction de la moelle, ou bien par exaltation primitive du pouvoir excito-moteur de l'axe spinal, ou même par une irritabilité excessive des muscles où aboutissent toutes ses actions.

3° L'encéphale est également atteint par le bromure, car, lorsqu'il en est saupoudré, il se produit, après quelques minutes, des mouvements convulsifs de tout le corps, qui se répètent spontanément et s'exagèrent aux moindres excitations. L'animal crie et semble éprouver de vives souffrances; il fait des efforts pour s'échapper, mais son déplacement est très-limité. Après une demi-heure, les mouvements spontanés ont à peu près cessé; mais l'excitation des

pattes postérieures produit encore de fortes convulsions réflexes. Cependant les yeux et les bras sont insensibles. Au bout d'une heure, l'animal cesse de réagir à l'excitation des pattes; l'intoxication est alors générale. Cette expérience semble montrer que le bromure produit d'abord un effet caustique sur l'encéphale, pour aboutir à la destruction de ses propriétés en exerçant son action propre.

Dans tous les cas, l'état de somnolence dans lequel tombent les animaux est une preuve incontestable de l'influence du bromure de potassium sur le centre de l'activité intellectuelle. Il se produit un véritable sommeil anesthésique comme par les inhalations de chloroforme et d'éther; et il y a lieu de se demander si la thérapeutique ne pourrait pas en tirer un parti plus large dans la pratique chirurgicale, comme elle a commencé à le faire contre le délire et l'insomnie.

III. *Action du bromure de potassium sur la respiration.*

Les mouvements respiratoires sont affaiblis, d'abord, et détruits ensuite comme tous les autres. Chez la grenouille, cet arrêt des mouvements respiratoires correspond au moment où les autres muscles commencent à se relâcher à distance du point injecté. Chez le lapin et les oiseaux, les mouvements respiratoires et ceux de la tête persistent les derniers, et la mort arrive par asphyxie mécanique au moment de leur suspension.

IV. *Action du bromure de potassium sur l'appareil circulatoire.*

1° Le cœur de grenouille, comme nous l'avons établi, perd son irritabilité en une à trois minutes par le contact direct du bromure de potassium solide ou liquide, sans que l'organe ait été séparé de l'animal. D'autre part, après l'absorption du sel bromique, il se ralentit de plus de la moitié de ses battements, dès le moment où se produisent l'insensibilité, la résolution musculaire et l'arrêt de la respiration, et il descend parfois jusqu'à 8 pulsations pendant la durée du sommeil anesthésique, pour remonter en un instant au réveil à un chiffre voisin de la normale. Cette chute et cette élévation rapides des battements du cœur nous portent à penser que cet organe n'est pas seulement influencé comme muscle par le contact du sang bromuré qui le traverse, mais encore par l'impression faite sur les centres nerveux qui le gouvernent. En un mot, les mouvements du cœur, comme tous les autres, y compris ceux de la res-

piration, se trouvent atteints par la double action du bromure sur le nerf et sur les muscles.

Quand la grenouille succombe, le cœur continue à battre après la perte d'excitabilité du système nerveux périphérique et central, et d'irritabilité des muscles. Il est l'*ultimum moriens*. Il s'arrête en contraction, comme il le faisait par le contact direct du bromure; car il est pâle et présente un volume inférieur à celui qu'il offre sur une grenouille saine. Il est vrai qu'après un temps variable, toujours après quelques heures, le cœur est devenu très-volumineux et très-coloré par suite du relâchement de ses parois; de sorte que, si on ne l'examine qu'à cette époque, on peut être conduit, avec MM. Eulenburg et Guttmann, à le croire primitivement paralysé par le bromure, dont on ferait ainsi un poison du cœur. Cette méprise est encore possible dans les cas très-exceptionnels où le cœur s'arrête le premier avant la perte d'excitabilité des nerfs et des muscles. Mais nous avons montré que c'est là un accident dû soit à l'imbibition directe du cœur par une injection pratiquée à la région sternale de la grenouille, soit à une sorte d'imbibition de dedans en dehors des parois cardiaques par un sang très-bromuré à la suite de l'injection des fortes doses. Encore ces doses élevées n'ayant produit elles-mêmes l'arrêt primitif du cœur qu'exceptionnellement et chez des grenouilles qui ont été comme foudroyées par l'empoisonnement, sommes-nous tentés de placer la cause de ce phénomène insolite dans la piqûre de quelques vaisseaux avec l'aiguille creuse de la seringue, qui expliquerait la pénétration brusque d'une forte proportion de bromure dans la circulation et la paralysie initiale du cœur.

En résumé, le cœur subit l'action paralysante du bromure comme tous les autres muscles; mais loin d'être atteint spécialement par ce poison, il lui résiste le dernier, dans le cas de bromisme régulier.

2° La circulation capillaire s'est montrée constamment amoindrie à des degrés divers dans toutes nos expériences.

Ici encore l'effet local a précédé et dominé l'effet à distance; c'est autour du point injecté que l'on remarque, après quelques minutes, l'effacement plus ou moins marqué des capillaires et la rapidité moindre du courant sanguin, à peu près au moment où la sensibilité et le mouvement s'affaiblissent dans la même région et avant que l'on puisse noter le ralentissement du cœur, ni l'amoindrissement de la circulation capillaire des autres parties. Ceci met hors de doute l'effet primitif local du bromure sur les artérioles capillaires et nous paraît en démontrer le resserrement. C'est encore à la période du sommeil anesthésique que correspond la plus grande inten-

sité de la sédation circulatoire dans la totalité du réseau capillaire, où elle n'atteint pourtant jamais le même degré que dans la partie injectée. Au moment du réveil, la circulation capillaire reprend en un instant une grande activité; au contraire, en cas de mort, elle s'arrête dans un membre vers le moment où le nerf perd son excitabilité, et en général un peu avant que les muscles ne cessent d'être irritables. Néanmoins, il nous paraît impossible d'attribuer la perte des propriétés des nerfs et des muscles exclusivement à la diminution, puis à l'arrêt de la circulation, attendu qu'on voit ces propriétés persister plusieurs heures après la suspension mécanique de la circulation d'un membre par la ligature de ses artères, d'une part, et que, d'autre part, l'on paralyse à volonté, par une injection de bromure, les nerfs et les muscles d'une région chez une grenouille privée de circulation par la ligature du cœur.

Nous n'avons vu de congestion des capillaires que sur des membres saupoudrés de bromure (expérience 8[e]) et dans deux cas d'empoisonnement par les fortes doses (expériences 7[e] et 13[e]). Donc la paralysie précoce des capillaires est un fait aussi exceptionnel que celle du cœur, et elle est également due aux grandes quantités de bromure.

Ces faits nous paraissent de nature à jeter une vive lumière sur l'action locale, en quelque sorte paradoxale, du bromure, auquel certains observateurs, avec M. Gubler, attribuent la propriété de resserrer les vaisseaux de la muqueuse bucco-pharyngienne, et, par conséquent, de la décolorer et d'en diminuer la sécrétion, tandis que M. Voisin a observé l'injection et l'hypercrinie de la même surface. Ce dernier observateur a noté encore la salivation, le coryza, le larmoiement, l'acné, en un mot, des signes d'hyperémie ou de relâchement des capillaires sur les parties touchées par le bromure à son entrée dans l'économie ou à sa sortie par les muqueuses et la peau chargées de l'élimination. Nous croyons que c'est là une simple question de quantité. Avec les doses modérées de M. Gubler, on produit l'anémie relative et l'hypocrinie des muqueuses bucco-pharyngienne, nasale, etc., et de la peau, tandis qu'avec les fortes doses de M. Voisin on produit la parésie du plan musculaire des vaisseaux capillaires des mêmes surfaces, et, par suite, leur hypercrinie. Nous avons rappelé, en effet, qu'une excitation mécanique légère de la peau, telle qu'une raie, y laisse une traînée blanche traduisant l'anémie par contraction des capillaires, tandis qu'une excitation violente, telle qu'une raie avec forte pression de l'ongle, laisse une trace rouge, soit immédiate, soit succédant à la traînée

blanche, phénomène qui accuse le relâchement des vaisseaux capillaires. La même cause peut donc, suivant l'intensité de son action, provoquer la contraction ou la paralysie des capillaires, l'anémie ou la congestion. Or, si les quantités de bromure agissant en masse à l'entrée et à la sortie de l'économie où elles sont concentrées sur des surfaces peu étendues, peuvent produire exceptionnellement la paralysie par épuisement, au lieu de la contraction des capillaires, il n'en est plus de même pendant la diffusion du sel dans tout l'organisme; car alors la portion qui agit en chaque endroit du réseau capillaire est trop faible pour en amener la paralysie par épuisement et elle s'arrête d'ordinaire à l'action vaso-motrice.

V. *Action du bromure de potassium sur la température.*

L'abaissement de la température a été constant chez le lapin et le pigeon. Nous l'avions constaté d'abord au simple toucher, et le thermomètre est venu ensuite confirmer cette première impression, qui avait pour ainsi dire surpris notre attention. Comme tous les autres phénomènes du bromisme, il s'est montré d'abord au voisinage de la partie injectée. Ainsi, quelques minutes après une injection à l'aine ou à l'aisselle, on perçoit avec la main un refroidissement très-sensible du membre correspondant, où le thermomètre accuse un demi-degré à un degré de moins que du côté opposé. Ce phénomène se lie à l'amoindrissement de la circulation capillaire de la partie injectée et sans doute aussi à sa paralysie.

Plus tard, le refroidissement est général; il est surtout très-prononcé aux extrémités et aux oreilles du lapin; et à mesure qu'il devient plus intense, la différence de température des membres injectés et non injectés diminue, sans pourtant disparaître complétement, excepté peut-être tout à fait à la fin de la vie.

Ce résultat, on le conçoit, n'est pas le moins important de nos expériences. Il montre que, par sa double propriété d'abaisser la température et d'apaiser la circulation capillaire et centrale, le sel bromique vient se placer à côté des médicaments des fièvres, tels que la quinine, la digitale, l'aconit, la vératrine, l'arsenic, l'émétique, le nitre, etc.

En rapprochant de cette propriété sédative vasculaire et de calorification l'action sédative nerveuse du bromure, on ne peut s'empêcher d'être prévenu en faveur de ses applications aux phlegmasies et à toutes les hyperémies, surtout à celles où prédominent quelques éléments nerveux (délire, douleurs, convulsions). La clinique, qui a

devancé dans cette voie la physiologie, peut seule dire dans quelles circonstances les éléments morbides précités seront victorieusement combattus par le bromure de potassium et quelle sera la limite exacte de la puissance de cet agent. Des collègues plus autorisés que nous par leur grande pratique hospitalière ne manqueront pas de donner la solution de cet intéressant problème de thérapeutique.

VI. *Action du bromure de potassium sur les sécrétions.*

1° La sécrétion urinaire est la seule qui se soit montrée fortement influencée chez nos animaux, elle a toujours été activée. Nous trouvons là une vérification de la loi posée par MM. Trousseau et Pidoux, à savoir que les agents sédatifs de la circulation et de la chaleur sont en même temps des diurétiques. Cela est dû sans doute à l'augmentation de tension artérielle qu'entraîne le resserrement des capillaires, à la diminution de sécrétion de la peau et aussi à l'élimination par le rein du bromure, dont le passage en abondance excite et même irrite l'organe au point de rendre les urines sanguinolentes et d'hyperémier le rein, comme nous l'avons vu sur un lapin.

Vers la fin de l'empoisonnement, la vessie se paralyse comme les autres plans musculaires, et nous l'avons trouvée le plus souvent distendue par l'urine.

Chez l'homme, on observe aussi de la diurèse et avec les très-fortes doses de la paresse vésicale, et, par suite, la miction difficile ou même impossible.

2° A la peau des grenouilles nous avons remarqué, dans la plupart de nos expériences, un changement de couleur sur le sens et la valeur duquel nous ne sommes pas entièrement fixés.

A une certaine période de l'intoxication bromique, le tégument de ces batraciens devient plus foncé, sans doute à cause de l'effacement des capillaires, qui laisse dominer la teinte pigmentaire.

Notre interprétation trouverait un point d'appui dans ce que l'on observe chez l'homme. On sait, en effet, que le teint des personnes très-brunes s'éclaircit par la chaleur et par toutes les causes d'animation qui activent la circulation capillaire, tandis qu'il se fonce sous l'influence du froid, de l'époque menstruelle, des maladies, en un mot, de toutes les causes d'anémie de la peau, qui ne laissent subsister que la couleur pigmentaire.

S'il se confirmait que la coloration plus foncée de la peau des grenouilles en traduit l'anémie, ce phénomène constituerait un

moyen d'analyse expérimentale des plus commodes pour diagnostiquer ou au moins présumer l'action vaso-motrice des divers agents. Nous l'avons déjà rencontré avec cette signification en expérimentant un certain nombre d'autres substances.

Quoi qu'il en soit, il est certain que chez l'homme le bromure de potassium produit souvent une pâleur marquée de la peau dès que l'on atteint les doses de 2 à 4 grammes. Exceptionnellement, pourtant, il nous a été donné de constater de l'acné. Dans un cas, cette éruption était tellement intense que nous l'attribuâmes d'abord à un bromure fortement ioduré, ce que l'analyse ne vint pas confirmer. Mais, en revanche, il importe de remarquer que le traitement se faisait pendant les grandes chaleurs de l'été et chez une personne énergiquement soumise aux pratiques hydrothérapiques, double circonstance qui dut imprimer à l'élimination le chemin de la peau. De plus, les doses étaient fort élevées (10 grammes en deux prises). Elles furent continuées pendant longtemps (six semaines), et le sujet offrait le tableau du bromisme le plus accentué (somnolence, perte de la mémoire des mots, difficulté de la parole, inaptitude intellectuelle, changement d'humeur, diplopie, affaiblissement et ataxie musculaire, tels que la malade peut à peine marcher, n'est plus maîtresse de sa direction et tombe à plusieurs reprises).

L'éruption d'acné, qui est la règle dans l'iodisme, constitue donc une exception dans le bromisme, exception qui trouve sa raison dans l'élimination de quantité assez forte de bromure par la peau pour y produire une irritation topique.

3° La constipation que présentent beaucoup de malades soumis au traitement bromuré révèle aussi une diminution de sécrétion intestinale, et, plus encore, la diminution de sensibilité et de contractilité du plan musculaire de l'intestin. Il en est de même pour le pharynx, l'œsophage et les bronches, en un mot, pour tous les plans musculaires de la vie organique; et ceci rationalise les succès du bromure contre leurs spasmes et leur hyperesthésie (dysurie, incontinence d'urine, spermatorrhée, dysphagie, toux, coqueluche, asthme, etc.). Toutefois, l'estomac ne participe que rarement à cette anesthésie et à ce relâchement des plans musculaires de la vie organique, au moins à un degré suffisant pour altérer sa fonction, comme en témoigne l'intégrité des digestions. Pourtant un de nos malades présenta, en même temps que les signes de paresse vésicale et intestinale (dysurie, constipation et ballonnement du ventre), une grande distension de l'estomac et de la dyspepsie allant jusqu'à l'embarras gastrique (avec des doses de 8 grammes).

Nous n'avons pas vu de salivation marquée ni d'angine, pas plus que de coryza, de bronchorrée ou de larmoiement, que certains auteurs n'ont peut-être dû d'observer qu'à l'usage d'un bromure ioduré, ou tout au moins, comme M. Voisin, à une très-forte dose de bromure pur, dont l'élimination par les muqueuses peut être assez abondante pour faire naître son action irritante directe. C'est là un effet commun à toutes les substances irritantes, qui n'est qu'accidentel avec le bromure et n'appartient pas à son action caractéristique. Bien au contraire, nous avons été frappés, dans bon nombre de cas, de la diminution de coloration de la muqueuse pharyngée, surtout chez les sujets où elle était congestionnée, fait qui rentre dans l'action vaso-motrice générale du bromure, qui est une de ses caractéristiques.

VII. *Action du bromure de potassium sur l'appareil génital.*

Nous nous bornerons à signaler l'affaiblissement de la puissance génésique de l'homme, pouvant aller jusqu'à l'absence complète des érections, que tous les cliniciens ont observé. Ce phénomène ne s'accuse d'ordinaire d'une manière bien marquée que vers la dose de 2 grammes de bromure et au delà; et il n'est pas rare qu'après avoir duré un certain temps, il ne diminue et disparaisse, malgré la continuation du traitement bromique. Le pouvoir anaphrodisiaque du bromure trouve encore sa raison principale, sinon exclusive, dans sa propriété vaso-motrice, qui, par le resserrement des artérioles, rend insuffisant l'apport du sang au corps caverneux pour l'érection. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que cette propriété vaso-motrice paraît être la seule commune aux anaphrodisiaques les moins incertains, tels que la digitale, la ciguë, la belladone, le café, le camphre, le nitre, etc.

Chez quelques femmes, le bromure de potassium nous a paru modérer le flux cataménial; mais ce résultat n'a pas été assez tranché pour que nous y insistions, excepté chez deux dames ménorrhagiques. Cela s'expliquerait, d'ailleurs, par l'amoindrissement de la circulation capillaire de l'utérus.

Chapitre III. — Déductions thérapeutiques et conclusions.

§ 1. — *Physiologie thérapeutique.*

Pour ne pas prolonger cet exposé déjà trop étendu, nous ne consignerons ici qu'une simple remarque de pharmacodynamie.

Nos expériences montrent que l'action du bromure de potassium

est générale, et qu'elle atteint partout les systèmes nerveux et musculaire ; c'est un anesthésique aussi bien des centres et des cordons nerveux que des surfaces muqueuses et tégumentaires ; c'est un acynésique aussi bien des plans musculaires digestif, urinaire et respiratoire que des muscles striés.

Cette double propriété anesthésique et amyosthénique, rapprochée de l'effet sédatif sur la circulation, la chaleur et les sécrétions, explique parfaitement les applications faites et à faire du bromure, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des spécificités d'organes et à des localisations d'action qu'à défaut de démonstration l'on devrait rejeter, à cause de cela même qu'il en faut admettre un nombre invraisemblable pour arriver à rendre compte de tous les résultats curatifs d'un même agent.

L'action bien constatée sur les grands systèmes permet, au contraire, d'embrasser d'un seul coup d'œil, et sans efforts, tout le domaine thérapeutique du bromure de potassium. Ainsi, sans parler de ses effets hypnotiques, par son action anesthésique et amyosthénique générale, il s'attaque aux névroses les plus étendues et les plus complexes (épilepsie, chorée, hystérie, etc.) tout comme il combat les névroses plus localisées (dysphagie, asthme, coqueluche, dysurie spasmodique, spermatorrhée, palpitations, etc.) ou seulement des éléments morbides isolés, tels que la douleur dans les névralgies, la migraine, le rhumatisme, etc.

De même, son action sédative sur toute l'étendue de la circulation capillaire le rend propre à effacer les hyperémies de quelque siége et de quelque nature qu'elles soient, aussi bien dans les méningites, les fluxions oculaires, utérines, rhumatismales et goutteuses, etc., que dans les angines, le coryza, la bronchite, la cystite, l'uréthrite, les dermatoses, peut-être la scrofule et la syphilis.

Enfin, c'est parce que le bromure de potassium possède la double action hyposthénisante nerveuse et vasculaire, qu'il se montre si remarquablement utile contre les grandes névroses à processus congestif des centres nerveux, telles que l'épilepsie et l'éclampsie, l'hystérie et le nervosisme, la chorée, etc. Ceci est une réponse à la question qui nous avait fait entreprendre ce travail : quel est le mécanisme curatif du bromure de potassium dans l'épilepsie ?

§ 2. — *Conclusions.*

1° Les effets du bromure de potassium sont toujours *directs*, c'est-à-dire dus au conflit de cet agent avec les tissus, soit au

point où on l'applique, soit dans toute l'économie où il est transporté par la circulation, soit enfin sur les organes d'élimination.

La plus grande abondance du bromure de potassium au lieu de l'application et sur les surfaces d'élimination explique la précocité et l'intensité plus grandes de son action en ces divers points. Ce fait légitimerait les applications topiques du bromure de potassium sur une plus grande échelle qu'on ne le fait généralement pour y combattre les éléments nerveux et vasculaire exagérés.

Il explique les succès du traitement bromique contre les hyperémies, les hyperesthésies et les spasmes des premières voies digestives et respiratoires et de l'appareil génito-urinaire, sans que l'on soit obligé d'invoquer d'autre action élective, d'autre affinité du bromure pour les muqueuses de ces parties que celle qui résulte de leur situation sur la route d'entrée et de sortie du modificateur. Il explique la généralité de la sédation nerveuse et vasculaire, sans obliger davantage à localiser les effets du bromure sur la moelle épinière, comme le fait M. Laborde sur la moelle et le cœur, comme le font MM. Eulenburg et Guttmann.

2° En effet, le bromure de potassium n'exerce pas d'action élective. Son caractère spécifique consiste à atteindre également les propriétés des nerfs sensitifs et moteurs, du cerveau et de la moelle, ainsi que celles des muscles, qu'il affaiblit graduellement pour finir par les éteindre toutes successivement.

Les nerfs sensitifs perdent leurs propriétés avant les nerfs moteurs, ceux-ci avant la moelle et la moelle avant les muscles.

Le cœur survit seul souvent pendant plusieurs heures. Lorsqu'il s'arrête, son irritabilité peut encore être réveillée pendant quelques instants pour disparaître bientôt définitivement.

Cependant, dès le début de la scène physiologique ou toxique, la circulation capillaire est très-amoindrie et les battements du cœur ralentis.

Quant à la respiration, elle ne paraît influencée que mécaniquement, c'est-à-dire que ses mouvements se paralysent plus ou moins rapidement comme tous les autres, de bonne heure chez les grenouilles, et au moment de la mort, qu'elle occasionne nécessairement, chez les oiseaux et les lapins.

Nous avons constaté que la température s'abaisse très-sensiblement chez les animaux à sang chaud, d'abord et pendant plusieurs heures dans la région injectée, et ensuite dans tout l'organisme. Ce phénomène est subordonné à la diminution de la circulation capillaire, d'abord locale puis générale.

Il en est de même des sécrétions des muqueuses et de la peau, qui sont réduites en proportion de l'anémie de ces surfaces. Pareillement, la dépression génitale se lie à la contraction des artérioles afférentes du corps caverneux, à son anémie qui constitue une véritable frigidité.

La nature de ses effets physiologiques fournit une explication satisfaisante des résultats thérapeutiques obtenus et à poursuivre contre les éléments nerveux et vasculaires en excès dans les maladies.

3° Nous croyons devoir en grande partie la constance de nos résultats, différents en beaucoup de points de ceux obtenus par d'autres expérimentateurs, aux procédés d'investigation que nous avons suivis, procédés dont nous ne voulons pas exagérer l'importance, mais que nous croyons pouvoir recommander pour l'exploration des propriétés de la moelle épinière. Il consiste à soustraire à l'empoisonnement, non pas une partie, comme on se contente de le faire dans beaucoup de cas, mais bien deux, de manière à ce que l'une d'elles puisse réagir sous l'influence de l'excitation de l'autre, tant que la moelle n'a pas perdu son pouvoir de transmission, où, en d'autres termes, de recevoir une impression et de réagir par un mouvement (ce que certains auteurs ont peut-être tort d'appeler mouvement réflexe, sans en préciser le sens).

Une deuxième précaution consiste à varier le mode d'intoxication et surtout le lieu de l'injection hypodermique, afin de pouvoir écarter du tableau de l'empoisonnement les effets locaux dus à l'imbibition du sel bromique.

Avec les deux précautions que nous venons de recommander, on n'est pas conduit à admettre, comme l'ont fait d'autres expérimentateurs, des localisations dans l'action du bromure et à le regarder comme un poison du cœur ou de la moelle épinière.

Nous avons montré qu'il tue tout, système nerveux et muscles; c'est un poison *nervo-musculaire* général.

De l'administration des médicaments par l'intermédiaire de la muqueuse des fosses nasales (1);

Par le docteur Raimbert, médecin des hospices de Châteaudun.

La membrane pituitaire comme voie d'absorption et d'introduction des médicaments dans l'économie est complétement négligée

---

(1) Travail présenté à l'Académie et reproduit d'après le *Journal de médecine de Bruxelles*.

ou abandonnée aujourd'hui, si tant est qu'elle ait été mise à contribution à ce point de vue. Le but poursuivi paraît avoir été, en agissant sur cette membrane, de la stimuler, de l'exciter, de provoquer l'éternûment, d'où le nom de *sternutatoires* donné aux médicaments simples ou composés qui ont été introduits dans les fosses nasales.

La salivation que j'ai observée plusieurs fois au bout de quelques jours de l'emploi contre l'ozène d'une poudre composée de calomel, précipité rouge et sucre candi (formule Trousseau), en me démontrant avec quelle facilité la membrane pituitaire absorbe, m'a suggéré l'idée d'avoir recours à cette voie d'absorption pour agir contre les affections douloureuses de la tête et les maladies des yeux.

Les expériences que j'ai faites, les observations que j'ai recueillies ne sont encore ni très-nombreuses, ni très-variées ; aussi ne les aurais-je pas publiées avant d'avoir réuni les éléments d'un travail plus complet, si je n'avais trouvé dans le numéro du 18 avril 1867 de la *Gazette des Hôpitaux* l'indication d'un fait dû à M. le docteur Noël Guéneau de Mussy, qui rentre dans l'objet des recherches que je poursuis depuis plus de six mois. Mais si incomplet qu'en soit encore le résultat, je pense qu'il est dès maintenant suffisant pour devoir être de quelque utilité de le faire connaître.

Voici le résumé de mes observations :

Obs. I. M. H***, substitut du procureur impérial, âgé de trente ans, est atteint depuis quelques jours de grippe avec coryza. Il éprouve, le 16 janvier, une douleur extrêmement intense dans le nerf sus-orbitaire gauche. Cette douleur dure depuis vingt-quatre heures ; elle augmente par accès et le prive de sommeil.

L'air n'éprouvant aucun obstacle à passer par les fosses nasales, je prescris : poudre de guimauve, 1 gramme ; chlorhydrate de morphine, 5 centigrammes. Priser une pincée de ce mélange toutes les deux ou trois heures.

Le soir, la douleur est calmée ; la nuit est bonne et le lendemain au réveil toute douleur a disparu.

Obs. II. Le 25 janvier, la nommée J***, âgée de soixante-cinq ans, est admise à l'hôpital pour une bronchite grave qui nécessite l'application d'un large vésicatoire entre les deux épaules. Dans les premiers jours de février, lorsqu'elle commence à entrer en convalescence, cette femme est prise d'une céphalalgie vive et continue.

La douleur de tête ayant résisté à des pédiluves sinapisés, le 5 février je fais priser à la malade toutes les deux ou trois heures le

mélange suivant : sucre porphyrisé, 2 grammes ; chlorhydrate de morphine, 5 centigrammes.

Le lendemain, la douleur a diminué ; le troisième jour, elle a complétement cessé.

Quelques jours après, cette céphalalgie étant revenue, la même prescription la fit disparaître définitivement.

Obs. III. Une fille de dix-huit ans, admise à l'hôpital pour une chlorose, accuse de vives douleurs de tête ; elles se manifestent par élancements et reviennent surtout dans l'après-midi.

Le 3 février, en même temps que les ferrugineux, je prescris : sucre porphyrisé, 2 grammes ; chlorhydrate de morphine, 5 centigrammes. A priser toutes les trois heures le matin et toutes les deux heures dans l'après-midi.

Le lendemain, légère diminution des douleurs. Les prises sont rapprochées (toutes les heures), l'amélioration devient plus prononcée ; mais ce n'est qu'au bout de six jours qu'elles sont suffisamment calmées pour que je puisse attendre de la médication ferrugineuse leur disparition complète.

Obs. IV. Le 10 février, je suis appelé à donner des soins à Mlle Est***, âgée de soixante-seize ans. Elle est atteinte de grippe avec coryza assez léger pour ne pas obstruer les fosses nasales. Cette malade, qui est rhumatisante, se plaint de douleurs lancinantes dans tout le côté gauche de la tête et de bourdonnements d'oreille. Ces douleurs existent à droite, mais à un degré moindre.

Sucre porphyrisé, 2 grammes ; chlorhydrate de morphine, 10 centigrammes. Mêlez. A priser toutes les deux ou trois heures.

Le lendemain, les douleurs ont disparu, les bourdonnements d'oreille seuls persistent.

Obs. V. S***, cultivateur, âgé de soixante-deux ans, éprouve depuis plusieurs mois une névralgie dentaire à la mâchoire inférieure et à droite. La douleur s'étend aux gencives, à la partie inférieure et latérale droite de la langue ; elle revient par accès très-rapprochés. S*** a déjà fait arracher plusieurs dents, la douleur persiste.

Les points douloureux des gencives et de la muqueuse buccale formant le plancher de la bouche et de la partie latérale de la langue sont cautérisés légèrement avec le nitrate d'argent. Après un soulagement momentané, persistance des douleurs ; elles ne cèdent pas non plus à un vésicatoire appliqué au devant de l'oreille droite.

Le 24 février, je prescris de priser toutes les heures ou toutes les

deux heures le mélange suivant : sucre porphyrisé, 2 grammes; chlorhydrate de morphine, 10 centigrammes.

Rémission et diminution très-prononcées des accès douloureux. C'est tout ce que je puis obtenir; mais le malade se trouve suffisamment soulagé pour ne pas accepter un nouveau vésicatoire, que je me propose de saupoudrer de morphine.

J'ai appris du pharmacien que ce malade fait préparer de temps en temps le même mélange, ce qui prouve que, s'il n'est pas guéri, il en est toujours soulagé.

Obs. VI. B***, commis dans une maison de nouveautés, est atteint depuis le milieu du mois de mars d'une névralgie dentaire qui occupe le côté gauche de la mâchoire inférieure. Vers la fin du mois, je lui prescris de priser plusieurs fois par jour un mélange de 5 grammes de sucre porphyrisé et de 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Il n'en obtint aucun soulagement.

Le 2 février, je change les proportions du mélange et je fais priser par chaque narine, deux fois le matin, deux fois dans le milieu du jour et deux fois le soir, une pincée de 2 grammes de sucre porphyrisé additionné de 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

La douleur disparaît pour ne plus revenir.

Je pourrais augmenter le nombre de ces faits, si toutes les personnes auxquelles j'ai fait des prescriptions semblables étaient venues m'informer du résultat obtenu; mais la plupart de celles qui habitent la campagne ont échappé à une observation ultérieure; je ne les ai pas revues, très-probablement à cause du succès de la médication.

Mes premiers essais n'ont pas été heureux tout d'abord, parce que je me suis servi de poudre contenant de trop faibles doses de morphine (sucre, 5 grammes; morphine, 5 centigrammes); peu à peu j'ai diminué la quantité de sucre jusqu'à 1 gramme pour 5 centigrammes de morphine ou 2 grammes pour 10 centigrammes. Cette proportion me paraît la plus convenable comme dose moyenne; je l'ai cependant vue échouer dans un cas de névralgie temporo-maxillaire, qui céda à un vésicatoire saupoudré de 1 centigramme de morphine matin et soir.

Deux prises successives ou très-rapprochées, comme dans la sixième observation, me semblent préférables à des prises ne revenant que toutes les deux ou trois heures. Il est possible que ce soit à cette manière de procéder et à la proportion trop petite de morphine

relativement à celle de sucre, qu'ait été due la lenteur plus grande de la guérison dans les observations II et III.

Une condition qui me paraît utile à remplir avant de priser la poudre médicamenteuse, c'est de débarrasser la muqueuse des fosses nasales des croûtes et des mucosités qui peuvent y séjourner en plus ou moins grande abondance.

Le cercle dans lequel je me suis renfermé jusqu'ici peut être sans doute beaucoup agrandi. Les douleurs de l'irido-choroïdite, la photophobie sont, je crois, justiciables de préparations narcotiques introduites sous forme de poudre par inspiration jusqu'à la membrane pituitaire.

D'autres médicaments doivent aussi trouver leur emploi par cette voie, comme la digitale, la noix vomique ou son alcaloïde, la strychnine, etc.

Le mercure trituré avec du sucre, de la gomme ou de la craie, le calomel, l'iodure de potassium dont j'ai constaté la présence dans mon urine au bout de deux heures, après en avoir pris 50 centigrammes avec du sucre dans cet espace de temps, remplaceront peut-être un jour, par ce mode d'administration, les frictions d'onguent napolitain ou iodurées, pratiquées sur les tempes et la région sourcilière dans les maladies des yeux.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la délivrance dans l'avortement ;

Par M. le docteur GUÉNIOT, chirurgien des hôpitaux.

§ 1er.

Les dangers attachés à l'avortement dérivent surtout de la délivrance, c'est là un fait universellement reconnu. A moins de circonstances très-exceptionnelles, jamais, dans la fausse couche, le fœtus n'offre à l'extraction de difficulté sérieuse. D'ailleurs, il n'est pas absolument rare de trouver les œufs abortifs *inhabités*, c'est-à-dire complétement dépourvus d'embryon. Dans ce cas, la délivrance constitue à elle seule tout l'avortement, et les complications qui peuvent naître du travail ne sauraient évidemment appartenir qu'à elle. Mais le produit de conception fût-il, comme c'est le fait ordinaire, normalement composé d'un embryon et de ses annexes, il

serait encore vrai de dire que, *dans l'avortement, l'expulsion du délivre est tout, tandis que celle du fœtus n'est rien.*

Généralement d'accord sur ce point, les auteurs ne le sont plus en ce qui concerne les moyens de prévenir ou de combattre les accidents de la délivrance. Tandis que les uns regardent comme préférable une expectation plus ou moins complète, d'autres, au contraire, recommandent une pratique active; et, parmi ces derniers, on constate de grandes divergences d'opinion touchant l'efficacité et la valeur relative des divers modes d'intervention. Quelques passages extraits des ouvrages les plus estimés suffiront à prouver ce que j'avance.

« Il arrive fréquemment dans les avortements, dit Levret (*Art des accouch.*, Paris, 1766, p. 146), qu'il est impossible d'extraire le placenta par son frêle cordon et qu'on ne peut pas même introduire la main dans la matrice. Les praticiens sont alors dans l'usage d'abandonner à la nature le soin de sa sortie; et *je trouve qu'ils ont raison.* Néanmoins, les injections d'eau tiède et à grand flot sont souvent utiles.

« Les médicaments hystériques et autres remèdes prétendus capables d'en favoriser la sortie sont dangereux en pareille occasion. Ces moyens sont le fruit de l'ignorance des temps passés et de l'empirisme le moins instruit. »

Voilà qui semble catégorique. Levret se déclare formellement partisan de l'expectation et proscrit l'usage des remèdes internes qui ont une action excitante sur la matrice. A peine fait-il une réserve en faveur des injections « à grand flot »; c'est là son seul mode d'intervention.

On croirait donc cet éminent accoucheur bien fixé sur les avantages de l'expectation. Il n'en est rien cependant; car, dans le même ouvrage, p. 438, on trouve non-seulement la phrase suivante, déjà très-significative : La perte qui accompagne la délivrance dans l'avortement des premiers mois de la grossesse « est souvent extrême, *jusqu'à ce qu'on ait trouvé le moyen d'aider la nature* à se débarrasser de ce corps devenu étranger; » non-seulement, dis-je, on lit cette phrase qui laisse suffisamment pressentir, dans l'idée de Levret, la nécessité de recourir à des moyens actifs « pour aider la nature, » mais on trouve encore, à la page suivante, un passage beaucoup plus explicite que je vais citer textuellement. Après avoir reproduit l'aphorisme 149 de Mauriceau, dans lequel cet auteur signale la rétention fréquente de l'arrière-faix dans l'avortement des premiers mois, Levret ajoute : « Cela est vrai; *mais on ne doit*

pas rester spectateur oisif, lorsque la perte menace les jours de la mère. Il faut donc alors se servir de la pince à faux germe, si les doigts ne sont pas suffisants, ou bien des injections d'eau tiède faites à grand flot dans la cavité même de la matrice. »

Nous voici loin, assurément, de l'expectation si nettement approuvée plus haut, et les deux passages que j'ai rapprochés touchent de bien près à la contradiction. Qu'est-ce à dire, sinon que Levret lui-même avait, sur ce point difficile, une pratique incertaine et irrésolue ?

Il convient d'ajouter cependant que, dans la troisième partie de son mémoire *sur la méthode de délivrer les femmes après l'accouchement*, etc. (1), les idées de cet auteur prennent plus de consistance; sa doctrine s'affermit et se dégage. Adoptant à la fois les deux pratiques opposées, il s'applique sagement à déterminer les indications propres à chacune d'elles. Malheureusement cet exposé très-succinct est plutôt une esquisse qu'une étude approfondie du sujet.

Quant à Baudelocque (2), quoique donnant à l'expectation une assez large part, il se décèle le plus souvent comme étant un ferme partisan de l'intervention. Lorsque, dit-il, l'œuf se brise avant que l'orifice utérin soit assez ouvert pour lui donner une complète issue, la matrice, se déchargeant des eaux et du fœtus encore très-petit, tombe dans une inertie intempestive, et son col se resserre avant que l'arrière-faix ait pu être expulsé, ce qui est une source de complications. « Si l'on était auprès de la femme dans le moment où la perte des eaux vient à s'ouvrir aussi prématurément, il faudrait introduire un ou deux doigts dans l'orifice de la matrice, s'il était assez grand, 1° afin d'entretenir cette sensibilité, cette irritabilité si nécessaires aux progrès de l'action expulsive de la matrice; 2° pour empêcher cet orifice de se contracter sur lui-même et favoriser sa dilatation ultérieure, jusqu'à ce qu'elle suffise pour la délivrance. »

N'est-on appelé qu'après l'issue des eaux, c'est-à-dire trop tardivement, Baudelocque recommande alors « d'attendre patiemment; » mais c'est parce qu'il lui semble matériellement impossible de pratiquer, avec chance de succès, une manœuvre quelconque. Et encore, même dans ce cas et sans y être provoqué par une abondante hémorrhagie, il intervient d'une certaine manière, ainsi que le témoigne le passage suivant :

---

(1) *Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. III, p. 216; édit. in-4°. Paris, 1778.

(2) *L'Art des accouch.*, t. 1er, p. 428; 4e édit. Paris, 1807.

« Quand toutes les choses sont dans un état aussi peu favorable à la délivrance, si la perte n'est pas abondante, l'accoucheur doit se borner à solliciter vivement l'action de la matrice et à la faire contracter avec assez d'énergie pour achever de détacher et d'expulser le placenta. » Quels moyens employait Baudelocque pour solliciter ainsi vivement l'action de la matrice? C'est ce qu'il ne dit pas. On peut croire, toutefois, que les *médicaments hystériques*, réprouvés par Levret, n'étaient pas dans la circonstance complétement négligés.

Des tractions prudemment exercées avec deux doigts sur le délivre, quand celui-ci est déjà engagé dans le col utérin, l'emploi de la pince à faux germe, le tamponnement vaginal, les injections « émollientes, détersives ou antiputrides » poussées jusque dans la cavité utérine : tels sont les divers autres moyens dont, selon les cas, Baudelocque recommande de faire un usage judicieux.

De son côté, Mme Lachapelle, après avoir préconisé le tampon contre l'hémorrhagie surabondante, ajoute relativement à la rétention du placenta : « Cette rétention se prolonge rarement au delà de quelques jours, et je ne sais jusqu'à quel point les bains, les fumigations, les cataplasmes peuvent faciliter la dilatation du col de l'utérus. Les injections, conseillées par Recolin, semblent devoir être plus efficaces; je les ai essayées quelquefois sans résultats positifs.

« Quant à l'extraction forcée et aux instruments conseillés dans cette vue, comme la pince à faux germe de Levret, je n'en ai jamais tenté l'emploi, que je regarde comme impossible dans le cas d'occlusion complète, comme inutile dès que le col de la matrice est ouvert, et comme toujours dangereux : tout au plus doit-on se permettre, ainsi que je l'ai exécuté plusieurs fois, d'attirer le placenta *lorsqu'il est détaché* et qu'il se présente à l'orifice ramolli et bien ouvert : deux doigts suffisent pour cette opération (1). »

On ne saurait être plus affirmatif. Mme Lachapelle proscrit, sans hésiter, des moyens adoptés par Levret; et autant Baudelocque montre de propension à agir, autant l'habile sage-femme semble se défendre de toute intervention.

D'autre part, si nous consultons les auteurs contemporains, nous trouvons sur plusieurs points des dissentiments presque aussi accusés. C'est ainsi que, quand on ne peut opérer la délivrance à cause de l'adhérence du placenta ou d'une dilatation insuffisante du col

---

(1) *Pratique des accouch.*, t. II, p. 347.

utérin, Chailly ([1]) et Cazeaux ([2]) conseillent contre l'hémorrhagie, outre le tamponnement, l'usage du seigle ergoté, tandis que d'autres repoussent en pareil cas, d'une manière absolue, l'emploi de cet agent.

Contre les accidents de résorption putride, indépendamment des injections vaginales et des antiseptiques à l'intérieur, le premier de ces auteurs recommande surtout de recourir au seigle ergoté et, s'il en est besoin, à l'application de la curette de Récamier ou des pinces à faux germe et autres instruments destinés à extraire le délivre ([3]). Cazeaux, dans les mêmes circonstances, se tait sur l'emploi de ces derniers moyens ; et s'il conseille, d'après M. Velpeau, l'usage du seigle ergoté contre la rétention du placenta en putréfaction, il ne déclare pas moins cet agent très-suspect d'impuissance ([4]).

M. Jacquemier, qui a formulé à propos du sujet des préceptes si judicieux, énonce, lui aussi, des propositions qui sont loin d'être acceptées par tous; telle est, par exemple, celle relative à la rupture artificielle de l'œuf dans certains cas où le travail abortif est languissant; telle est encore celle qui concerne la dilatation mécanique de l'orifice utérin, à l'effet de favoriser l'évacuation de la matrice, etc. ([5]).

Comme on le voit, malgré la multiplicité des travaux publiés sur l'avortement, il reste encore, au sujet de la délivrance, plus d'un point en litige; et les divergences qui existent entre les accoucheurs se traduisent trop souvent, dans la pratique usuelle, par des hésitations regrettables. Il n'est donc pas superflu d'aborder de nouveau la question et de chercher, par le rapprochement et la discussion des faits, à déterminer avec plus de précision la conduite à tenir dans les divers cas qui peuvent se présenter.

Les méthodes à employer, de même que les moyens à mettre en œuvre pour prévenir ou combattre les complications de la délivrance, sont déjà depuis longtemps toutes connues. Ce n'est donc pas, à proprement parler, un procédé ou un agent nouveau que la pratique réclame aujourd'hui; celle-ci est suffisamment armée pour

---

([1]) *Traité prat. de l'art des accouch.*, 4e édit., 1861, p. 507.
([2]) Cazeaux, *Traité théor. et prat. de l'art des accouch.*, 6e édit., 1862, p. 357 et 358.
([3]) Chailly, *loc. cit.*, p. 308 et 309.
([4]) Cazeaux, *loc. cit.*, p. 351.
([5]) Jacquemier, *Manuel des accouchements*, t. Ier, p. 487, Paris, 1846.

agir. Mais ce qui lui manque encore, c'est une fixation plus rigoureuse et mieux motivée du choix à faire parmi ces moyens, selon les circonstances très-variées qui s'offrent à elle. Tel est l'objet que j'ai tenté de réaliser dans le cours de cette étude.

§ 2.

Pour bien apprécier le caractère et l'importance des indications que peut faire surgir la délivrance abortive, il est absolument nécessaire de connaître la vraie source d'où celles-ci dérivent, ainsi que les phénomènes qui servent à les révéler. Avant de rechercher quelle est la meilleure conduite à tenir touchant la délivrance, il devient donc indispensable de jeter un coup d'œil sur les particularités propres à la fausse couche.

Si l'on excepte les cas d'insertion vicieuse du placenta, dans l'accouchement qui survient pendant les derniers mois de la grossesse, le travail d'expulsion du fœtus et celui de la délivrance constituent deux séries de phénomènes non-seulement distinctes, mais encore successives et plus ou moins nettement séparées (1). Dans l'avortement, au contraire, dès le début des contractions utérines, avant même que le col soit raccourci, et à plus forte raison effacé, le décollement du délivre se produit sur quelque point et donne lieu à un écoulement sanguin plus ou moins abondant. Le travail de la délivrance commence, pour ainsi dire, avec les premières douleurs et se poursuit pendant toute la durée des actes qui préparent, puis effectuent l'expulsion de l'embryon.

Dans la fausse couche, les deux séries de phénomènes ne sont donc pas séparées. Contrairement à ce qui se passe dans l'accouchement, elles s'accomplissent d'une manière concomitante, simultanée. Elles se confondent même rigoureusement en une seule, toutes les fois que l'œuf est expulsé en bloc, sans rupture préalable. De là cette première conséquence, à savoir, que, *dans l'avortement, l'hémorrhagie se trouve intimement liée aux contractions utérines pendant toute la durée du travail.*

---

(1) La première série comprend : 1° l'effacement complet du col utérin ; 2° la dilatation de l'orifice ; 3° la rupture de l'œuf et l'écoulement du liquide amniotique ; 4° enfin, l'expulsion du fœtus. J'omets à dessein les douleurs, les contractions utérines, etc., qui ne sont pas en cause ici, quoique appartenant essentiellemeut au travail. — La deuxième série comprend : 1° le décollement du placenta ; 2° l'expulsion du délivre (placenta, cordon et membranes).

Malgré cette précocité du décollement *partiel* de l'œuf [1], comme les adhérences du délivre sont relativement très-solides pendant les premiers mois de la grossesse, tandis que la contractilité de la matrice est encore peu développée, il en résulte que le *décollement complet* du placenta et surtout de la muqueuse ou caduque utérine ne se produit souvent qu'avec de grandes difficultés. De là des lenteurs parfois extrêmes dans l'accomplissement de ce premier acte de la délivrance; de là aussi les dangers que subit la femme, par le double fait de l'hémorrhagie et de l'épuisement des forces.

Le premier temps de la délivrance offre, comme on le voit, des difficultés et des dangers en quelque sorte inhérents à la fausse couche. Sur ce point, cependant, le second temps, c'est-à-dire l'*expulsion* entière du délivre, ne le cède en rien au premier; car son accomplissement rencontre des obstacles multiples sur lesquels il n'est pas moins important d'être bien fixé.

La longueur et la fermeté du col utérin rendent son effacement tellement difficile que, en réalité, cet effacement ne se produit presque jamais dans l'avortement des quatre premiers mois de la grossesse. Le col se raccourcit, s'entr'ouvre, puis se dilate péniblement et avec une lenteur extrême. La résistance de son tissu est généralement telle, à cette époque de la gestation, que la contractilité encore faible de la matrice reste impuissante à produire une large dilatation. Sans être exclusif aux primipares, ce fait du moins s'observe assez communément dans cette classe de femmes.

Ainsi, ce n'est plus, comme dans l'accouchement, un anneau à bord mince, déchiré et souple, que le délivre doit franchir pour être porté hors de la matrice; mais c'est un vrai canal à parois fermes et contractiles, capable de se resserrer encore sous l'influence d'une excitation quelconque. En d'autres termes, dans l'avortement l'espèce de lutte qui s'établit, au moment du travail, entre les contractions du corps de l'utérus et les résistances offertes par le col de cet organe, ne se termine point, comme dans l'accouchement, par une victoire complète des premières sur les secondes. Le col ne cède qu'en partie; il se raccourcit et s'ouvre, au lieu de s'effacer réellement et de se dilater jusqu'à déchirure de ses propres fibres.

D'une autre part, pendant ces premiers mois de la grossesse, le volume du placenta est relativement considérable et nécessite, pour

---

[1] M. Jacquemier a très-bien indiqué la raison de ce phénomène. Je n'ai pas à y insister; il me suffit d'en signaler l'existence, qui est un fait constant.

sa sortie, une ouverture double ou quadruple de celle qui suffit à l'expulsion du fœtus. Or, quand l'œuf trop tôt rompu a subi une évacuation prématurée de son contenu, le délivre, qui seul reste inclus dans la matrice, n'offre, pour favoriser la dilatation du col, qu'un corps spongieux et presque sans consistance, très-peu propre par conséquent à servir de point d'appui aux fibres contractiles de l'utérus. Et cependant, l'agrandissement de l'ouverture du col est indispensable pour le passage du délivre entier. On comprend, dès lors, avec quelle peine et quelle lenteur doit s'accomplir cette partie essentielle du travail. Il est bien vrai que le placenta et les membranes peuvent être expulsés par fragments à travers un canal en apparence trop étroit ; mais que cette expulsion soit spontanée, c'est-à-dire l'œuvre exclusive de la nature, ou bien qu'elle soit effectuée artificiellement par le chirurgien, dans les deux cas elle cesse d'être normale et, en conséquence, elle présente des dangers plus ou moins sérieux.

On voit ainsi que, dans l'avortement, quoique les puissances expulsives soient notablement plus faibles que dans l'accouchement proprement dit, les résistances et les obstacles qui s'opposent au passage du délivre sont néanmoins beaucoup plus prononcés. De là, dans l'accomplissement du temps final de la délivrance, des difficultés et des dangers tout à fait analogues à ceux que j'ai précédemment signalés à propos du premier temps. C'est alors, en effet, que la femme est surtout exposée à des retours incessants d'hémorrhagie, à la déperdition progressive de ses forces, à l'infection putride, à la métrite, à la métro-péritonite, etc.

En résumé : d'une part, précocité du décollement *partiel* de l'œuf, lenteur souvent extrême de son décollement *total*, et difficultés considérables pour l'expulsion du délivre ; d'autre part, faible contractilité de la matrice, longueur et fermeté du col utérin, enfin volume relativement très-exagéré du placenta : telles sont les causes principales d'où découlent les accidents précédemment signalés.

L'existence de tant d'obstacles opposés, par la nature, à la délivrance abortive s'explique d'ailleurs aisément par ce fait, que la fausse couche est elle-même un *accident* de la gestation dont elle entraîne forcément la fin prématurée. Dès lors, toutes les dispositions organiques destinées à protéger la grossesse deviennent autant de difficultés à vaincre pour l'expulsion de l'œuf. Dans de telles conditions, si l'on reste surpris d'une chose, c'est assurément que les complications de la délivrance ne se produisent pas

plus fréquemment. Car il importe de ne pas oublier que la délivrance spontanée constitue, en définitive, la règle, tandis que les délivrances dangereuses et accidentées ne forment heureusement que l'exception.

§ 3.

Que la délivrance abortive soit simple ou qu'elle soit compliquée, les phénomènes qui l'accompagnent sont généralement trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Je me bornerai, en conséquence, à faire sur ce point quelques brèves remarques, pour aborder ensuite avec plus de détail les questions thérapeutiques afférentes au sujet.

Notons d'abord que l'hémorrhagie étant de l'essence même de la fausse couche et de la délivrance, elle ne constitue en réalité un accident que quand elle est ou trop abondante ou trop prolongée, c'est-à-dire, en d'autres termes, quand elle menace plus ou moins la santé ou la vie de la femme.

D'autre part, en raison même des conditions anatomiques que j'ai précédemment signalées, le travail abortif ne s'effectuant d'ordinaire qu'avec lenteur, la délivrance ne doit être considérée comme irrégulière ou *retardée* que quand elle ne se termine pas dans un laps de temps, sans doute variable selon les cas, mais toujours très-supérieur à celui qui est reconnu comme normal dans la délivrance à terme. Cette remarque, très-importante pour la pratique, exigerait quelque développement; j'y reviendrai plus loin.

Lorsqu'elle est exagérée, la lenteur du travail de la délivrance peut, d'ailleurs, dépendre de circonstances très-diverses. Tantôt elle résulte de la rupture prématurée de l'œuf et de l'évacuation intempestive de son contenu. Tantôt ce sont les adhérences trop intimes du délivre à la matrice qui constituent la cause principale du retard. D'autres fois, celui-ci dépend de la faiblesse des contractions utérines, qui, bien que régulières et assez rapprochées dans leurs retours, restent cependant impuissantes à vaincre la résistance du col. Parfois enfin (et c'est là un fait qui mérite d'être spécialement noté), malgré l'énergie des contractions utérines et le décollement plus ou moins avancé du délivre, l'expulsion de ce dernier est retardée, laborieuse, inquiétante par sa lenteur, parce que le travail se suspend chaque jour pendant de longues heures.

Ces intermittences, qu'il n'est pas rare d'observer dans les avortements, diffèrent complétement par leur durée considérable des courts intervalles de repos qui caractérisent, au contraire, un tra-

vail régulier et non interrompu. Intermittences et repos reconnaissent, sans doute, une cause commune, la fatigue de la matrice; mais tandis que cette influence ne paraît jouer qu'un rôle secondaire dans la production des premières, elle semble pleinement suffire à déterminer les seconds. Comme exemple très-caractéristique de ce genre de travail, je rapporterai le fait suivant, qui, sous d'autres rapports, ne manque pas non plus d'intérêt.

Obs. I. *Travail abortif intermittent. Lenteur exagérée de la délivrance. Œuf entier, inhabité et configuré comme un bouchon de champagne.* — Le 1er décembre 1862, mon confrère et ami le docteur X*** me pria de lui donner un conseil sur l'état de son épouse, alors enceinte d'environ deux mois, et en travail de fausse couche depuis deux jours. Le repos horizontal et les lavements laudanisés étaient restés impuissants à arrêter, d'une façon durable, les contractions utérines et l'écoulement sanguin qui, dès le début, s'étaient manifestés en même temps. Au toucher, je trouvai la matrice couchée presque horizontalement en latéroversion droite; le col, encore fermé, était, en raison de son déplacement, très-difficilement accessible; du sang s'écoulait en faible quantité du vagin, et le rectum était rempli de matières dures et inégales. Malgré son tempérament nerveux prononcé, Mme X*** conservait un état général très-satisfaisant.

De telles conditions ne rendant pas la fausse couche inévitable, nous cherchâmes à la conjurer. Nous fîmes administrer d'abord un lavement laxatif; puis, après abondante évacuation, plusieurs petits lavements fortement laudanisés. Le décubitus horizontal fut scrupuleusement gardé, etc., etc. Malgré tout, le travail continua. Le lendemain, 2 décembre, l'utérus s'était rapproché de sa situation normale; le col, devenu plus accessible, était revenu vers l'axe du vagin et commençait à s'entr'ouvrir; l'écoulement sanguin persistait comme les jours précédents, c'est-à-dire assez faible pour ne pas nous inspirer d'inquiétude immédiate. Mais ce qui surtout frappa vivement notre attention, c'est que, à partir de ce jour (le quatrième depuis le début des accidents), le travail offrit un caractère extrêmement remarquable d'intermittence quotidienne. Chaque soir, vers deux heures et demie, les contractions utérines survenaient avec une grande énergie, déterminant des douleurs atroces, déchirantes, dans les reins, le bas-ventre, les aines et les cuisses. Puis, vers cinq heures, c'est-à-dire après une durée de deux à trois heures pendant lesquelles la matrice s'était contractée d'une façon non continue (avec des repos ordinaires de dix à quinze minutes), tout phénomène de travail cessait; les douleurs, l'agitation, l'écoulement sanguin se suspendaient pour ne reparaître que le lendemain, vers deux heures du soir. Pendant ce long intervalle, la patiente reprenait sa gaieté habituelle; elle conversait, mangeait et dormait presque comme en temps ordinaire.

Les mêmes intermittences se reproduisirent chaque jour, aussi

longues et aussi accentuées jusqu'au 6 décembre, où, vers quatre heures du soir, dans une crise violente de travail, le produit de conception fut expulsé en entier après quelques douleurs plus atroces encore que les précédentes. Depuis trois jours, l'œuf était devenu perceptible au doigt dans la cavité du col utérin. Toutefois, la veille même de la délivrance, j'en avais tenté vainement l'extraction au moyen de la pince à faux germe.

La masse recueillie était un œuf déformé, enveloppé de caillots fibrineux et dépourvu de tout vestige d'embryon. Il était composé d'un placenta et de membranes contenant un liquide clair. Le tout (œuf et caillots condensés à sa surface) était exactement configuré comme un bouchon de vin de champagne [1]. Je ne remarquai pas de fragments membraneux qui pussent être nettement considérés comme étant des débris de caduque pariétale. Néanmoins, à partir de ce moment tous les accidents de la fausse couche cessèrent, et les suites en eussent été très-naturelles, sans l'invasion, dix à douze jours plus tard, d'une névralgie horrible qui résista, pendant plusieurs mois, aux traitements les plus variés.

Quinze jours environ après le début de sa grossesse, Mme X*** avait déjà éprouvé quelques accidents (perte sanguine légère, douleurs lombaires, etc.) qui s'étaient heureusement dissipés pour ne reparaître, avec plus de violence, que six semaines plus tard. C'est à cette première atteinte qu'il convient, sans doute, de rapporter la mort de l'embryon, et sa dissolution consécutive dans le liquide amniotique.

Dans l'observation qui précède, on voit que, l'embryon étant mort au début de la grossesse, cette dernière n'avait dès lors plus de raison d'exister. La fausse couche était donc devenue inévitable ; et c'est là, je pense, ce qui explique l'intolérance de la matrice pour ce produit avorté, intolérance qui résista aux moyens les plus propres à arrêter un travail prématuré. Quant à l'intermittence quotidienne sur laquelle j'ai voulu particulièrement appeler l'attention, elle me paraît s'être produite sous la triple influence du tempérament nerveux de la patiente, du trouble apporté au travail par la médication anti-abortive et de la fatigue éprouvée par l'utérus après chaque crise de travail.

---

[1] C'est là une forme particulière et caractéristique qu'il n'est pas rare d'observer dans les produits de délivrance, quand le travail abortif a été long et pénible. Elle résulte d'une sorte de moulage du contenu sur la cavité de la matrice contracturée. La portion renflée en forme de tête répond au corps, la cylindroïde au col, et l'étranglement intermédiaire à l'anneau résistant de l'orifice interne. Dans ces cas, la substance placentaire, de même que les caillots fibrineux qui l'entourent, est décolorée, pâle comme de la chair de veau et presque entièrement privée de suc, ce qui s'explique par les pressions qu'elle a subies.

Un autre phénomène, fréquent dans les délivrances laborieuses et qui paraît avoir peu frappé les observateurs, puisqu'il ne se trouve pas consigné dans leurs écrits, consiste dans les variations de direction et de situation que subit la matrice. Lorsque, malgré l'énergie des contractions et la persistance du travail, l'expulsion de l'œuf entier, ou seulement celle du délivre, éprouve des lenteurs, on voit souvent, en effet, la matrice s'incliner tantôt en arrière, tantôt en avant ou sur les côtés, puis revenir peu à peu, après avoir été ainsi soit en rétroversion, soit en latéroversion, à une direction sensiblement normale ou, quelquefois, à une direction toute différente de celle que le toucher avait fait précédemment constater. Mais ce qu'on observe surtout, en pareil cas, c'est un abaissement marqué de tout l'organe, abaissement en vertu duquel le col se rapproche de la vulve et devient plus accessible au doigt. Sans insister davantage sur cette particularité du travail abortif, je dirai qu'elle reconnaît, sans doute, pour cause les efforts intempestifs et immodérés de la femme. Peut-être aussi certains de ces déplacements sont-ils favorisés par les contractions propres de la matrice et par l'état variable de réplétion du rectum et de la vessie. Quoi qu'il en soit, pour empêcher que, de passagers, ils ne deviennent permanents, on devra prescrire à la malade de garder, après la délivrance, un décubitus prolongé et approprié, autant que possible, au mode de déplacement de l'organe.

Beaucoup d'autres accidents ou phénomènes morbides peuvent encore se manifester dans les cas de délivrance abortive. Sans parler de l'infection putride, de la métrite, de l'épuisement nerveux, etc., que j'ai déjà mentionnés, il convient de signaler les frissons, la fièvre, les vomissements, la dysurie et diverses névralgies comme étant d'observation assez commune. Enfin, la phlébite utérine et l'infection purulente avec abcès métastatiques peuvent elles-mêmes compliquer l'avortement, ainsi que j'en ai recueilli, en 1861, un malheureux exemple à la Maternité.

(La suite au prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Un mot sur la menthe poivrée et sur la falsification de son essence.

Lorsqu'on consulte la faune de l'antiquité, on constate que les Grecs et les Romains n'avaient pas de classifications bien déterminées. Le plus souvent, ils groupaient les animaux, les végétaux et les minéraux selon le parti qu'il en tiraient pour leurs besoins; souvent aussi leur poétique imagination leur faisait attribuer aux choses de la nature des origines toutes fabuleuses.

La menthe poivrée fut très-employée à Rome : les matrones en composaient, avec du miel, une pâte demi-solide qu'elles vendaient fort cher, parce qu'elles en tenaient la formule secrète.

Les femmes mâchaient cette pâte pour se donner une haleine fraîche et suave; elle fut même de très-grande mode à l'époque où une loi punissait de mort toutes les femmes surprises buvant du vin, parce que ce beau sexe en faisait un abus immodéré; c'est même de ce moment que les Romains prirent l'habitude d'embrasser les femmes sur la bouche à chaque fois qu'ils rentraient au logis, pour s'assurer si, pendant leur absence, leurs chères moitiés n'avaient pas failli à la loi.

La fable nous apprend que Proserpine changea Μενθος, fille du Cocyte, en menthe, pour la punir d'être devenue la concubine de Pluton. Les mythes ne nous disent pas si ce fut en menthe poivrée, crépue ou aquatique: les botanistes en comptent vingt variétés.

La menthe poivrée se trouve abondamment en Orient; les livres saints nous apprennent que les Hébreux faisaient une grande consommation de cette plante. Plus tard, Jésus-Christ reprochait aux Pharisiens la dîme énorme qu'ils payaient pour se procurer de la menthe, de l'aneth, du cumin, de l'anis; c'est qu'à cette époque on avait, comme de nos jours, un goût très-prononcé pour les condiments excitants et les aromes qui flattent l'organe de l'odorat. Les plantes étaient employées en nature; on ignorait l'art d'en retirer les principes actifs. Depuis la découverte du nouveau monde, notre table s'est enrichie d'épices; ils manquaient à ces anciens peuples.

La menthe poivrée paraît être originaire des pays froids, un peu humides; elle a si bien réussi en Angleterre, qu'il y en a des cultures immenses : l'essence qu'on en retire par la distillation a une réputation européenne.

La menthe anglaise dégénère sur notre sol; pour l'avoir bonne, il faudrait renouveler les semis tous les deux ans, et encore l'essence qu'elle fournit n'a-t-elle pas la suavité de celle de nos voisins.

Le nord de l'Amérique envoie à l'Europe de grandes quantités d'essence de menthe; cette essence manque de qualité, elle pourrait être meilleure si on était plus difficile sur le choix de la plante et qu'on soignât mieux les produits.

La Chine aussi fabrique de cette essence: à Canton, elle y porte le nom de *Po-ho-yo*. Elle ne vient pas sur nos marchés; elle est en masse solide, même en été.

L'essence de menthe subit, dans le commerce, de nombreuses falsifications. Celle qu'on commet aujourd'hui, parce qu'on croit qu'il est impossible de la reconnaître, consiste à lui ajouter de l'essence de copahu bien rectifiée.

Après de nombreux essais, nous sommes parvenu à reconnaître cette fraude. Notre procédé repose sur ce fait:

Si on chauffe dans un tube un mélange d'essence de copahu et d'acide azotique rectifié, l'essence de copahu se résinifie en prenant une consistance butyreuse. Cette opération doit être faite avec prudence, pour éviter les accidents que nous n'avions pas prévus: par l'élévation de température, le liquide a été lancé au loin.

L'essence de menthe pure, chauffée avec de l'acide azotique, prend une couleur brun marron; sa fluidité n'est pas détruite. Le camphogène qui a pu se former ne se dépose qu'avec le temps; il a une forme granuleuse.

Si actuellement on désire faire un essai comparatif avec de l'essence de menthe allongée d'essence de copahu, on opère de la manière suivante. On met dans un tube de verre:

Essence de menthe	5	grammes.
Essence de copahu	1	—
Acide nitrique	1	—

On chauffe, en agitant de temps en temps; lorsque le liquide est arrivé à l'ébullition, on le retire du feu. On constate, lorsque le liquide est froid, qu'il a perdu de sa fluidité, que cette fluidité sera encore moins forte si la dose de l'essence de copahu est plus élevée. Le camphogène qui s'est formé reste uni au mélange.

On est dans l'habitude, avant de livrer l'essence de menthe à la consommation, de la rectifier pour la priver d'une matière verte qui passe à la distillation. Nous avons constaté qu'il y a avantage à laisser vieillir cette essence pendant cinq à six mois avant d'opérer

cette rectification. Avec le temps, elle se dépouille d'un goût d'empyreume, qui passe à la distillation si l'on n'a pas cette précaution.

Si on examine le dépôt que laisse l'essence de menthe après sa distillation, on trouve que c'est une matière résineuse, malléable comme le caoutchouc. Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Empoisonnement par le laudanum de Sydenham (20 grammes environ); traitement par la teinture de belladone (6 grammes en seize heures). Guérison.

Le 3 juillet, à sept heures et demie du matin, je reçus la visite d'une jeune femme de mes clientes, qui m'avoua en pleurant qu'elle venait, après une discussion avec son mari, d'avaler un flacon de laudanum. Elle l'avait bien vite regretté, et elle venait me prier de la guérir.

D'après ses indications, j'évaluai à 20 grammes environ la quantité de laudanum ingéré. Il n'y avait encore aucun symptôme toxique; il est vrai que l'empoisonnement remontait seulement à une demi-heure.

J'hésitai un moment sur le traitement à instituer. Je craignis de ne pas trouver le poison dans l'estomac, et je renonçai au vomitif, me réservant de provoquer plus tard l'élimination par les voies inférieures. D'ailleurs, confiant dans l'antagonisme de la belladone et de l'opium, je redoutais moins un poison que j'espérais neutraliser à volonté.

Quoi qu'il en soit, je ne fis rien pour débarrasser l'économie du laudanum, et je prescrivis le traitement suivant :

Pr.	Teinture alcoolique de belladone.........	5 grammes.
	Julep gommeux........................	150 —

Une cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

De plus, une tasse de café noir toutes les heures.

A dix heures du matin, on vint m'appeler en hâte pour aller voir ma malade chez une de ses amies où elle s'était réfugiée, rue Charlot, 72. Par suite de différents retards, la potion n'avait pas encore été administrée. On avait donné deux tasses de café noir, acheté tout fait chez l'épicier, pour ne pas perdre de temps. Ce café, qui n'était sans doute pas irréprochable, avait déplu à l'estomac, et

avait été vomi les deux fois. Le premier vomissement sentait fortement le laudanum, le second non.

Voici l'état dans lequel je trouvai ma malade :

Intelligence conservée, mais céphalalgie considérable et somnolence Démangeaisons insupportables, surtout aux jambes et à la plante des pieds ; la malade se grattait jusqu'au sang. Sueur par tout le corps, abondante surtout à la plante des pieds. Douleurs dans l'estomac et dans le ventre.

La malade, très-nerveuse, avait eu une attaque de nerfs, et elle en eut une autre en ma présence. C'étaient des convulsions toniques, raidissant tout le corps, avec deux ou trois soubresauts retournant et tordant le tronc tout entier. La durée entière de l'attaque ne dépassait pas une ou deux minutes, et la malade revenait à elle aussitôt, brisée et courbaturée, mais en pleine possession de son intelligence.

Les yeux sont cernés, les paupières bistrées, pesantes, ne pouvant être entr'ouvertes sans un effort. Les deux pupilles sont fortement contractées. La vue est intacte; pas de strabisme.

L'ouïe est normale.

Le pouls est petit, facilement dépressible, fuyant, d'une lenteur notable (au-dessous de 60 pulsations).

La respiration est pénible et donne la sensation d'un poids sur la poitrine.

La bouche est sèche, la soif peu intense. Nausées fréquentes. Ni garde-robes ni urine.

Comme on le voit, l'empoisonnement avait marché sans obstacle et commençait à se dessiner d'une façon sérieuse. On apporta alors la potion de chez le pharmacien : j'en donnai immédiatement une grande cuillerée, je recommandai d'en donner une grande cuillerée toutes les demi-heures et du café d'heure en heure.

A onze heures et demie, même état du pouls, des yeux, de la tête, etc. Le café et la potion avaient été rejetés par l'estomac. La soif était ardente. Je prescrivis des boissons en abondance, pour tâcher de provoquer une diurèse qui éliminât le poison. Je fis éloigner les prises de café, je le prescrivis seulement en tisane, c'est-à-dire étendu de beaucoup d'eau, et je recommandai de prendre, après chaque cuillerée de potion, un verre de boisson agréable qui la fît tolérer.

A trois heures et demie de l'après-midi, amélioration marquée, que la malade a sentie après chaque cuillerée de potion. La potion a été bien tolérée. Il y a un peu d'angine, mais pas de troubles de

la vue. La somnolence surtout a diminué. Il y a toujours de la céphalalgie, des démangeaisons, des douleurs dans l'estomac et dans le ventre. Le pouls est un peu relevé, un peu moins lent, un peu plus résistant. La contraction de la pupille est un peu moins considérable. Pas d'urines, malgré la grande abondance des boissons (vin blanc, limonade gazeuze).

J'éloignai les prises de la potion (une cuillerée seulement toutes les heures); café en tisane; boissons abondantes.

A huit heures et demie du soir, le mieux continue. La malade a pris une glace dans la soirée et a bu toute l'après-midi une grande quantité de boissons. Elle a uriné deux fois en abondance; la première fois, la miction était très-pénible au commencement, l'urine venait goutte à goutte. Les deux fois, il y a eu de la cuisson en urinant. Depuis midi environ, il y a des pertes blanches, qui n'existaient pas auparavant, et qui exhalent une odeur prononcée de laudanum. La première émission d'urine avait également une forte odeur de laudanum; la seconde n'avait aucune odeur opiacée.

Il y a toujours de l'angine. Pas de troubles de la vue. La pupille est presque normale, mais pourtant encore un peu contractée. Le pouls est meilleur, plus plein, plus résistant, plus fréquent (quoique encore assez lent). La malade sent toujours de l'amélioration après chaque cuillerée de potion. La dernière cuillerée a été prise deux heures auparavant : il n'en reste qu'une dans la bouteille et on l'a gardée par précaution.

Pendant ma visite, la malade a une attaque de nerfs comme dans la matinée.

Je fais immédiatement donner la dernière cuillerée de potion, et j'en formule une autre ainsi conçue :

Pr.	Teinture alcoolique de belladone........	2 grammes.
	Julep gommeux........................	150 —

Une cuillerée toutes les heures jusqu'à minuit, puis toutes les deux heures seulement, et même à de plus longs intervalles, si la malade est tranquille. Continuer les boissons en abondance.

Le lendemain, 4 juillet, à neuf heures du matin, la guérison était enfin complète. La nuit a été calme et bonne; la malade a dormi quatre à cinq heures d'un sommeil assez paisible. Les urines ont continué; et, quoiqu'il y ait toujours beaucoup de cuisson en urinant et même quelques boutons aux parties génitales, je prescris de continuer à boire beaucoup, ce qui, d'ailleurs, satisfait la soif encore vive de la malade.

Le pouls est normal. La respiration est facile. *La pupille est enfin dilatée* d'une façon notable, même en face de la grande lumière, et les *troubles de la vue* ont apparu : la malade ne peut ni lire une lettre qu'elle a reçue, ni voir distinctement la personne qui la garde. Elle s'en effraye beaucoup, mais je m'en réjouis et je la rassure.

Il y a toujours de l'angine; la soif est moins vive. Il y a encore quelques démangeaisons, de la lourdeur de tête, de l'inappétence; mais l'état général, et surtout l'état du cerveau, est très-satisfaisant.

Je supprime la potion (il en reste environ la moitié); je prescris la diète, et toujours des boissons abondantes et glacées (vin blanc, limonade, etc.); j'interdis seulement les boissons alcooliques (liqueurs, punch). Repos encore toute la journée.

Cette jeune femme m'a paru alors dans un état si satisfaisant, que j'ai borné là mes soins. Je lui ai dit de me prévenir s'il survenait quelque entrave à sa convalescence. Comme je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis, je pense que la guérison s'est maintenue et a été promptement complète.

En résumé, voilà un cas d'empoisonnement où 20 grammes environ de laudanum ont été ingérés, et où l'on n'a opposé au poison que la belladone (en tout, 6 grammes de teinture alcoolique). Il est vrai qu'il y a eu des vomissements naturels provoqués par du mauvais café, et le premier de ces vomissements a éliminé une certaine quantité de laudanum. Mais la quantité de poison restée dans l'économie était assez considérable pour provoquer un narcotisme sérieux; et la meilleure preuve que la belladone a neutralisé l'action de l'opium, c'est que l'opium lui-même a neutralisé l'action de la belladone, puisque la dilatation de la pupille et les troubles de la vue ne se sont manifestés qu'après l'ingestion de 6 grammes de teinture alcoolique de belladone, dose assurément fort élevée et qui ne serait pas tolérée à l'état normal. Pendant ce temps, l'économie a éliminé le poison, et par la leucorrhée, et par l'urine, qui toutes deux au début trahissaient une forte odeur de laudanum.

Cette observation vient après beaucoup d'autres semblables, et le fait qu'elle confirme n'est pas nouveau, mais il est encore contesté. Dans le cas présent, surtout après l'abstention peut-être un peu hardie de vomitif et de purgatif, l'antagonisme de l'opium et de la belladone nous a paru très-net, tout à fait incontestable, et c'est pour ce motif que nous avons ajouté cette observation aux obser-

vations de ce genre, déjà très-nombreuses, qui sont enregistrées dans la science. Dr GEORGE.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité du Diagnostic des maladies chirurgicales, par M. FOUCHER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de la Société impériale de chirurgie, etc.

Jusqu'à l'apparition du livre de M. Foucher, la science ne possédait pas de traité de diagnostic chirurgical. C'est qu'en effet, ce livre est extrêmement difficile, non pas à faire, mais à bien faire, et les chirurgiens ont dû reculer devant les difficultés. Pendant plusieurs années, M. Foucher a fait à l'école pratique, sur cette matière, des cours publics qui ont attiré une affluence notable d'élèves, aussi était-il mieux préparé qu'aucun autre à écrire ce volume, si l'on considère surtout que M. Foucher est un de nos meilleurs praticiens dans les hôpitaux de Paris.

M. Foucher ne pouvait donc que faire un bon livre, mais nous n'eussions pas compris exactement comme lui un traité de ce genre. Nous allons faire ressortir, dans cette courte analyse, les reproches que nous adressons non pas au fond, mais à la forme de l'ouvrage.

Le *Traité du Diagnostic* doit comprendre plusieurs volumes, et c'est déjà un tort, suivant nous, car, à moins d'empiéter sur la pathologie générale ou sur l'histoire des maladies, il est difficile d'être long sans être diffus.

Voici ce que contient le premier volume, qui a seul paru jusqu'à présent :

Cinq chapitres : le premier comprend les éléments du diagnostic en chirurgie ; le deuxième, les divers moyens de constatation ou les manœuvres du diagnostic. M. Foucher aborde ensuite le diagnostic des maladies chirurgicales en particulier, et, dans un troisième chapitre, étudie le diagnostic des plaies et des contusions ; dans un quatrième, le diagnostic des fractures, et, dans un cinquième, celui des luxations.

Les éléments du diagnostic, en général, sont nécessairement tirés des signes que présente le malade, que ces signes soient fonctionnels ou sensibles, physiologiques ou physiques.

M. Foucher étudie d'abord, et fort longuement, les signes physio-

logiques. Il passe en revue les principales fonctions : digestion, circulation, respiration, calorification, sécrétions, innervation et génération. Nous croyons que ce chapitre est à peu près inutile dans un traité de diagnostic chirurgical, c'est de la pathologie générale en raccourci, qui aurait tout au plus trouvé place dans un traité de diagnostic médical. L'étude diagnostique de la soif, de la faim, de la constipation, de la diarrhée, du vomissement, du hoquet, etc., intéresse sans doute vivement le chirurgien, mais elle appartient au domaine de la médecine. Je cite au hasard un passage relatif à la circulation :

« L'intensité des battements du cœur est accrue dans les hypertrophies, dans la fièvre inflammatoire, chez les pléthoriques, chez les chlorotiques, toutes les fois que le système nerveux est fortement excité. Les contractions sont, au contraire, plus faibles quand le cœur est dilaté et aminci ou entouré par un épanchement. La faiblesse des battements peut être telle, qu'ils deviennent imperceptibles, comme dans la syncope. » Et plus loin : « L'accélération des battements du cœur est un des caractères de la fièvre, et leur ralentissement est souvent la conséquence d'une maladie cérébrale ou nerveuse... Lorsque les anomalies de rhythme sont accompagnées de sensations pénibles éprouvées par le malade, elles reçoivent le nom de *palpitation.* » Nous sommes d'avis qu'une définition, d'ailleurs contestable, de la palpitation est déplacée dans un traité de diagnostic chirurgical. M. Foucher pense que le chirurgien doit avoir préalablement fait de bonnes études médicales, il ne sera certes contredit par personne sur ce point; mais faire de la pathologie interne dans un traité de diagnostic chirurgical, *non erat hic locus.* L'auteur recommande avec beaucoup de raison, à l'élève, de n'aborder le diagnostic en particulier qu'après avoir étudié la pathologie; il était donc inutile de lui dire : « La fréquence du pouls est un des signes les plus importants de la fièvre. » Nous répétons que ce ne sont là que des critiques de forme, mais que nous pourrions étendre à tout ce chapitre.

L'étude des symptômes sensibles ou physiques intéresse beaucoup plus le chirurgien, elle est bien à sa place. Nous retrouvons, dans ce chapitre, le savant et le praticien. M. Foucher passe successivement en revue les signes fournis par l'attitude, la forme, les dimensions, la température, la consistance, la transparence ou l'opacité, la couleur, l'odeur, les bruits anormaux, la mobilité : c'est là que le diagnostic chirurgical doit puiser ses principaux éléments. Nous trouvons, dans l'ouvrage, des renseignements précieux ; les

quelques pages réservées à la claudication sont intéressantes ; mais pourquoi l'auteur, qui était en plein sujet, a-t-il ainsi restreint son chapitre principal à dix-sept pages ?

Un long chapitre est réservé aux manœuvres du diagnostic, c'est-à-dire aux modes d'inspection, de percussion, d'auscultation, de mensuration, d'exploration, etc. Il contient des choses fort instructives, bien que parfois, à propos de l'auscultation par exemple, nous ayons regretté certaines longueurs, bonnes en elles-mêmes, mais qui ne sont pas à leur place.

Là se terminent les généralités que l'auteur a présentées sur le diagnostic chirurgical. Il aborde ensuite le diagnostic des différentes lésions en particulier, celui des plaies, des fractures et des luxations. Nous répétons ici ce que nous avons dit en commençant, c'est que M. Foucher a entrepris une tâche extrêmement difficile, et nous doutons, pour notre compte, que ce soit ainsi qu'il faille comprendre un traité de diagnostic.

Quiconque lira le livre de M. Foucher y trouvera, à propos de chaque lésion, extrêmement bien fait sans doute, ce qu'on trouve dans tous les traités de pathologie externe, à l'article symptomatologie. Prenons pour exemple une lésion importante : la luxation de l'épaule. M. Foucher présente soigneusement les classifications de cette luxation, puis étudie en détail et longuement tous les signes, en déduit le diagnostic absolu, puis le diagnostic différentiel. N'est-ce pas là un traité partiel de pathologie externe ?

Que si M. Foucher nous demandait comment nous eussions fait à sa place, peut-être répondrions-nous que nous ne l'eussions pas fait du tout ; dans tous les cas, un tableau, si bien présenté qu'il soit, de la symptomatologie de chaque lésion, ne saurait être appelé *Traité du diagnostic chirurgical*, car le diagnostic suppose les symptômes connus.

Nous avons nous-même professé à l'école pratique pendant deux années un cours de diagnostic chirurgical, et nous avions considéré qu'après les généralités sur le diagnostic, ce qu'il y avait de plus important, ce qu'on ne trouvait pas ailleurs, ce qui pouvait rendre réellement service aux élèves, c'était le diagnostic différentiel des maladies chirurgicales dans les principales régions du corps, telles que l'œil, le cou, l'aisselle, etc. Si cette marche est applicable aux fractures et aux luxations, elle l'est encore bien davantage à l'étude diagnostique des tumeurs que M. Foucher se propose de faire dans un deuxième volume ; je dirai même que c'est la seule.

En résumé, tout en contenant d'excellentes choses, que chacun

lira avec beaucoup de fruit, ce livre a manqué son but, et l'auteur jouit d'une réputation trop bien méritée pour que nous ayons craint de lui dire ce qui nous paraît être la vérité [1]. P. TILLAUX.

BULLETIN DES HOPITAUX.

CANCROIDE DE LA FACE. — MARCHE LENTE. — RÉCIDIVES. — OPÉRATION AVEC LES FLÈCHES DE CANQUOIN. — L'histoire anatomique du cancroïde a fait dans ces dernières années de grands progrès. Nous connaissons très-bien les variétés papillaire, dermique, glandulaire; nous savons comment les cellules épithéliales se propagent de proche en proche, en suivant les vaisseaux, les fibres musculaires, même les filets nerveux; mais nous sommes loin d'être aussi avancés sur son histoire pathologique. Pourquoi les cancroïdes affectent-ils une marche si variable? Pourquoi l'un récidive-t-il immédiatement, tandis que l'autre met de nombreuses années à repousser et permet au malade d'arriver à la vieillesse? Nous pouvons constater les faits, mais d'explication, nous n'en avons pas.

J'ai opéré, dans mon service à Bicêtre, un malade fort intéressant à cet égard et dont je vais raconter brièvement l'histoire.

Le nommé F***, actuellement âgé de soixante-seize ans, est un ancien ouvrier du Gaz à Paris, entré à Bicêtre au mois de janvier 1866, comme atteint de cancer inopérable.

Il y a bien une trentaine d'années que commença à paraître au milieu de la joue gauche un petit bouton dont le malade ne s'inquiéta pas. Peu à peu la tumeur augmenta de volume et arriva à atteindre celui d'un œuf de poule. Le malade se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Jobert (de Lamballe). Jobert pratiqua l'extirpation de la tumeur avec le bistouri, et le malade, entré le 4 mai à l'hôpital, sortait le 31 mai parfaitement guéri.

Il reprit son travail au Gaz. Deux ans après apparaît une petite tumeur dans la cicatrice. Elle suit la même marche qu'avant l'opération, grossit très-lentement, et c'est en 1866 seulement que le malade songe à se faire soigner. Il commence par aller à Bercy

---

(1) Cet article était composé et imprimé lorsque nous avons appris la mort inopinée de Foucher. Nous tenons à constater ce fait, afin que l'on ne prête aucune mauvaise intention à notre collaborateur. *(Note de la Rédaction).*

trouver un empirique qui cautérise la tumeur avec l'acide nitrique; mais le malade, souffrant beaucoup et voyant son mal augmenter, entre à Lariboisière dans le service de M. Cusco. Notre habile collègue, trouvant le cas inopérable sans doute, expédie le malade à Bicêtre, ainsi qu'il arrive très-souvent dans les hôpitaux de Paris.

Lorsqu'il entra, le 12 janvier 1866, dans ma salle, il offrait l'état suivant : tumeur du volume d'un œuf de dinde occupant toute la joue gauche, ulcérée, adhérente à l'os malaire ; muqueuse buccale intacte; pas de ganglions engorgés.

Je ne songeai d'abord nullement à pratiquer une opération; mais, après plusieurs semaines d'observation, constatant que la tumeur ne progressait pas d'une façon apparente, que la récidive avait mis seize ou dix-sept ans à s'opérer, que le malade était en proie à des douleurs très-vives, que l'opium à haute dose ne parvenait plus à calmer ces douleurs, j'en conclus que le malade n'avait qu'à gagner à une opération. Je ne pouvais songer au bistouri, à cause de la faiblesse du sujet et l'étendue de la tumeur.

Le malade accepta avec grand empressement une opération quelconque, et j'eus recours aux flèches de pâte de Canquoin, employées suivant le procédé de M. Maisonneuve.

Cinq flèches de 1 centimètre de largeur cernèrent la tumeur et vinrent se rejoindre par leur sommet au centre de la joue. L'opération et ses suites furent peu douloureuses ; à peine quelques gouttes de sang s'écoulèrent.

Dix jours après, la tumeur tombait complétement sphacélée, avec une portion de l'os malaire. Les bourgeons charnus apparurent aussitôt et la cicatrice marcha promptement. L'œil, la commissure et la muqueuse buccale avaient été respectés.

Le malade, qui ne quittait plus le lit depuis plusieurs mois, sortit de la salle au mois d'avril 1866, pour aller en division avec les autres vieillards. Il n'avait plus aucune douleur.

J'ai revu le vieillard aujourd'hui 10 octobre 1867. Il vit de la vie ordinaire, fait de longues promenades à pied, n'éprouve aucune douleur. Cependant, comme à la suite de l'opération faite par M. Jobert, la tumeur récidive dans la cicatrice.

Mais j'ai lieu d'espérer qu'elle ne marchera pas plus vite que la première fois. Le malade a soixante-seize ans ; il atteindra probablement le terme de son existence avant d'être troublé par son cancroïde, que je n'hésiterais pas d'ailleurs à opérer une troisième fois s'il était nécessaire.

Ce fait démontre surabondamment que le cancroïde a parfois une marche fort lente, que le chirurgien doit le poursuivre à outrance, même chez les vieillards, par tous les moyens à sa disposition, mais surtout à l'aide des flèches caustiques dont M. Maisonneuve a tiré si grand parti et a démontré les avantages parfois inappréciables.

Dr Tillaux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Du traitement du croup par les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure. M. Abeille conseille un nouveau traitement de cette terrible affection, qui comprend trois points principaux : la respiration par les malades de vapeurs humides de sulfure de mercure, les vomissements et l'alimentation. Ce qu'il y a de neuf dans cette méthode, ce sont les inhalations mercurielles. Voici comment elles se pratiquent : une lampe à esprit-de-vin maintient en ébullition dans un vase de terre à large ouverture, plein d'eau et placé sur un trépied, des fleurs de mauves, violettes et coquelicots. Dans ce vase, on projette toutes les trois ou quatre heures un paquet de cinabre, de sulfure de mercure de 2 grammes. Ce vaporarium est installé aussi près que possible du lit des malades, de façon que les vapeurs soient presque directement dirigées sur eux. Il doit fonctionner nuit et jour. On a soin de temps en temps de renouveler le liquide et les fleurs. Moins la pièce où couchent les malades est spacieuse et mieux les choses vont.

Voici ce qui arrive. Au bout de quelques heures, la pièce est remplie de vapeur. Quand une personne venue du dehors y pénètre, elle s'aperçoit bien vite d'une certaine âcreté à la gorge ; c'est le cinabre qui produit cet effet. Si les vapeurs étaient par moment trop intenses, on arrêterait le vaporarium pour le faire fonctionner ensuite.

Ordinairement, les malades soumis à ces inhalations éprouvent au bout d'un temps qui varie entre douze et trente-six heures, une amélioration qui se traduit par la diminution de la raucité de la toux, et son passage à la nuance catarrhale, par intermittence, puis, à la suite des vomissements ou pendant l'acte, les fausses membranes, détachées plus facilement, sont expulsées en quantité.

Nous croyons peu à l'efficacité des inhalations de vapeurs mercurielles, et la lecture des observations de M. Abeille nous a convaincu que les heureux résultats obtenus devaient être attribués aux vomitifs répétés et à l'alimentation ; autant à notre avis valent les inhalations de vapeur d'eau. Quant aux attaques dirigées par M. Abeille contre la trachéotomie, elles nous paraissent souverainement injustes. Une opération, qui, tentée comme dernière ressource, alors que *toutes les autres médications ont échoué*, réussit une fois sur quatre, doit être considérée comme un grand bienfait. Du reste, la question a été jugée et nous n'insisterons pas plus longtemps [1]. (*Gaz. méd.*)

Empoisonnement par une préparation pharmaceutique. Le docteur Lubelski raconte en ces termes un fait bien capable de donner à réfléchir à ceux qui réclament une extension des libertés pharmaceutiques :

Il y a quelques jours le nommé Remy, boulanger, vient, fort ému, me prier d'aller voir son enfant malade.

« Qu'a donc votre enfant, que vous voilà si troublé ?

« — Ce matin, monsieur, les deux plus jeunes de mes enfants paraissaient fatigués et comme enrhumés. Cepen-

[1] Consultez la statistique des trachéotomies faites à l'hôpital des enfants, dans : *Traitement du Croup*, par Ficher et Bricheteau, Paris, 1863.

dant cela ne semblait rien et nous n'en étions pas inquiets ; mais voilà que le plus petit, qui n'avait que deux mois, meurt deux heures après son réveil. Nous ne nous y attendions guère, car il avait été fort tranquille, seulement il nous regardait avec des yeux tout grands et comme un peu égarés. Maintenant, l'autre petit, qui a deux ans, est de même, et nous avons peur qu'il ne s'en aille. »

J'allai immédiatement auprès du petit malade, et je le trouvai immobile, avec les pupilles dilatées, le visage hébêté, la peau brûlante, l'épigastre sensible à la pression, la langue sèche et de la difficulté à avaler. En questionnant les parents, j'apprenais qu'on avait donné à chacun de ces enfants deux cuillerées de sirop, qui « l'hiver passé » avait fait du bien à leur sœur aînée et l'avait fait dormir une bonne demi-journée.

Quel est donc ce sirop ? On me présente le flacon, dont voici l'étiquette :

« Sirop d'hyosciamine anticatarrhal, d'après la formule du professeur Chaussier, préparé par M***, pharmacien à Paris.

« Se méfier des contrefaçons, etc. »

Il était évident que j'avais affaire à un empoisonnement. Les détails relatifs à la mort du plus jeune des deux enfants, l'état présent de l'aîné et son rétablissement par le café à hautes doses ne permettent pas d'en douter.

Voilà donc une préparation toxique, objet d'un commerce public, délivrée sans prescription du médecin, et cela dans des flacons d'une contenance d'un tiers de litre environ, sous un volume par conséquent pouvant facilement donner lieu à des abus. (*Gazette médicale de Lyon.*)

Névralgie rebelle de la cinquième paire, guérison par la trépanation. Pendant qu'en France la trépanation sort à peine de l'oubli où elle est restée longtemps à peu près ensevelie, nos confrères étrangers, beaucoup plus hardis que nous, téméraires si l'on veut, y ont recours et lui doivent des succès dans des cas où il est douteux que, dans notre pays, on eût eu l'idée de l'employer.

La malade était une dame d'environ cinquante ans, qui souffrait depuis huit années d'une névralgie occupant à gauche les branches de la cinquième paire, et à droite les mêmes nerfs et, de plus, les nerfs spinaux du haut en bas jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Douleurs continues avec paroxysmes extrêmement fréquents, qu'éveillaient les moindres pressions. Il y avait une tuméfaction considérable des deux régions temporales, du gonflement aussi vers l'angle scapulaire inférieur. Il n'y avait d'autre cause probable de la maladie qu'une fracture du crâne, ne remontant pas à moins de vingt-cinq ans, c'est-à-dire à une époque bien antérieure au début des douleurs, fracture produite par un coup de pied de cheval, dont la réparation avait été abandonnée aux efforts de la nature, et qui avait laissé une dépression marquée au siége qu'elle avait occupé, c'est-à-dire vers l'union du pariétal droit avec le frontal.

La névralgie, lorsqu'elle avait commencé, huit ans auparavant, avait été précédée par une sensation de brûlure et de battement en ce point. Elle avait débuté par les branches de la cinquième paire droite, puis s'était propagée à celles du côté gauche, et enfin avait gagné à droite la partie ci-dessus dénommée. La clavicule du côté droit était le siége d'un développement excentrique, situé à deux pouces environ de l'articulation sternale et qui avait à peu près le volume d'un œuf de poule. Du reste, appétit et digestion à l'état normal.

Admettant une relation de cause à effet entre la dépression du crâne et la névralgie, le docteur Gilmore, de Mobile, se décida à recourir à la trépanation. Après avoir enlevé une portion d'os de la largeur environ d'un quart de dollar d'argent, il reconnut qu'il avait pénétré dans une masse osseuse d'à peu près un pouce d'épaisseur, qui allait s'amincissant à la circonférence jusqu'à se confondre graduellement avec l'épaisseur de l'os normal. Dans le fait, il y avait là une exostose faisant saillie à l'intérieur de la boîte crânienne.

La névralgie céda immédiatement après l'opération, des suites de laquelle la malade se rétablit parfaitement. Chose remarquable, l'hypertrophie partielle de la clavicule alla diminuant peu à peu, et il en restait à peine des traces à l'époque où le docteur Gilmore publia son observation. Faut-il attribuer cette hypertrophie, avec notre confrère américain, à un excès de nutrition déterminé en ce point par le fait de la névralgie ? (*New-Orleans Journal* et *Bristish med. Journ.*, 11 mai 1867.)

Insufflation dans le larynx de nitrate d'argent pulvérisé comme moyen de guérison du croup. En terminant l'article (t. LXX) où nous rendions compte du moyen préconisé par M. le docteur Guillon pour le traitement de l'angine couenneuse et du croup, à savoir les insufflations de nitrate d'argent pulvérisé dans la gorge et dans le larynx, nous exprimions la pensée que ce moyen méritait d'être expérimenté. Il l'a été par M. le professeur Moutet à Montpellier, et les résultats obtenus par un médecin d'une aussi grande autorité, en confirmant ceux qui avaient été annoncés par M. Guillon, ne peuvent qu'inspirer plus de confiance aux praticiens Nous nous faisons donc un devoir de les faire connaître.

M. Moutet a eu recours aux insufflations de nitrate d'argent pulvérisé dans quatre cas, et dans trois le succès est venu donner gain de cause à la médication.

Dans le premier, il s'agit d'une petite fille de six ans, soignée par M. le docteur Rozière, et auprès de laquelle M. Moutet fut appelé comme consultant. Rien dans les symptômes ne manquait pour mettre hors de doute l'existence d'une affection diphthéritique du pharynx et du larynx. Les vomitifs (ipéca), le chlorate de potasse, le perchlorure de fer avaient été employés sans amener le moindre amendement; et le 16 août 1866, au matin, troisième jour de la maladie, l'état de la petite malade était de nature à faire prévoir une fin prochaine, lorsque M. Rozière fit connaître à son confrère le moyen préconisé par M. Guillon. Immédiatement 2 grains environ d'un crayon de nitrate d'argent pulvérisé furent insufflés à l'aide d'une sonde métallique ordinaire. Mais ce mode d'insufflation ayant paru évidemment défectueux, M. Rozière se chargea de construire un appareil reproduisant les principales dispositions de celui de M. Guillon, et un peu plus tard, à onze heures du matin, 2 à 3 grains de nitrate d'argent cristallisé réduit en poudre très-fine furent être projetés, avec plus de succès cette fois, jusque dans le larynx, grâce au soin qui fut pris de porter l'extrémité de l'instrument jusqu'à l'orifice de ce conduit, en arrière de l'épiglotte. Aucune souffrance apparente à la suite, seulement quelques légères nausées. Dans l'après-midi, un peu de diminution dans l'intensité du râle, toux plus humide, voix plus distincte, moins d'agitation. Cependant, le soir, aucun débris de fausse membrane n'a été rendu. Ipéca; bouillon, vin, chlorate de potasse, perchlorure de fer. Dans la nuit une fausse membrane est rendue, ayant 5 centimètres de long sur 2 de large, et 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Le 17, état amélioré: toux plus humide, voix plus claire, dyspnée moindre; selles. Le soir, légère exacerbation fébrile. Journée du 18 bonne, bien que parfois le bruit de l'inspiration devienne sec et plus bruyant; quelques râles muqueux épars dans les poumons. Le soir, nouvelle exacerbation de l'état fébrile. Emplâtre de thapsia en arrière du thorax; frictions dans les aisselles avec pommade au sulfate de quinine. Le 19, après une nuit bonne, fièvre dans la matinée, toux plus sèche, râle assez bruyant, voix plus sourde, sorte de gêne au larynx, un peu de dypsnée. Kermès. A trois heures après midi, expulsion d'une nouvelle pseudo-membrane parfaitement caractérisée. Immédiatement plus de gaieté, voix plus sonore, puis sommeil calme, diminution notable de la fréquence et de la gêne de la respiration. A partir de ce moment, amélioration croissante. Guérison confirmée le 22.

Chez le second malade, enfant de trois ans, de la clientèle de M. Pécholier, les effets de la poudre caustique se révélèrent d'abord, comme chez le précédent, par un temps d'arrêt dans la marche de la maladie, qui avait jusqu'alors résisté aux agents ordinaires et allait en s'aggravant; puis, au bout de quelques heures, une amélioration évidente se manifesta et s'établit de mieux en mieux, au point que, environ trente heures après l'insufflation, l'enfant pouvait être considéré comme hors de danger. La guérison ne tarda pas à être complète.

Enfin, dans un troisième cas, chez une petite fille de vingt-cinq mois, après un vomitif resté sans résultat utile appréciable, une insufflation ayant été faite à cinq heures du soir, non sans quelque difficulté, avec le soin d'appliquer le bec de la sonde sur l'ouverture même du larynx, des débris très-apparents de fausses membranes furent expulsés une heure après dans des vomissements provoqués par une nouvelle administration d'ipécacuanha. A dix heures, l'amélioration se manifestait par la diminution du râle trachéal et de la dyspnée et par le caractère de la toux devenue plus humide. Cette amélioration se soute-

nait le lendemain, progressait le jour suivant, et l'enfant était guérie en moins de huit jours.

Quant au quatrième cas, où le succès a manqué, il est à noter que les insufflations ne furent mises en usage que lorsque la maladie était arrivée à sa période ultime.

Remarquons, en finissant, après avoir exposé les faits, que M. Moutet, ne considérant pas le croup comme une affection purement locale, n'eut garde de se priver, en traitant ses petits malades, du secours des médicaments internes, l'ipécacuanha, le chlorate de potasse et le perchlorure de fer, dont l'administration fut alternée, et surtout le régime qu'il prescrivit aussi substantiel que possible. (*Montpellier médical*, avril 1867.)

De l'emploi des injections irritantes dans les tissus malades. M. Luton, de Reims, qui a déjà préconisé cette méthode [1], publie de nouveaux faits à l'appui. Le nombre total de ses observations s'élève à soixante et dix, parmi lesquelles cinquante-cinq se rapportent à des affections simplement douloureuses, soit essentielle, soit symptomatiques. De toutes ces névralgies, la sciatique est celle qui lui a donné les résultats les plus remarquables, tant par le nombre des cas traités, que par les guérisons obtenues, et le plus souvent il avait affaire à des sciatiques anciennes, rebelles à tout autre traitement, et ayant déjà amené l'atrophie du membre. La substance irritante qu'il emploie d'habitude est la solution d'azotate d'argent à différents degrés de concentration. C'est la meilleure manière d'obtenir une inflammation franche, à marche rapide, sans tendance à la diffusion, et amenant une exsudation suffisamment abondante.

Non content de traiter ainsi les névralgies, M. Luton a tenté la guérison des tumeurs solides, et a débuté par le goître. Trois fois pour des goîtres simples, la guérison a été obtenue facilement et sans retour par l'injection d'une assez faible quantité de teinture d'iode (30 gouttes par injection), ou d'une solution d'iodure de potassium ioduré. Dans un cas de goître à marche aiguë et à symptômes inquiétants, l'injection d'une solution concentrée d'iodure de potassium a provoqué la suppuration de la tumeur, et la guérison a été obtenue malgré des accidents sérieux.

Cette méthode est surtout applicable aux adénites scrofuleuses. Cinq fois notre confrère a guéri complétement des engorgements ganglionnaires portant sur un ganglion, et exempts de complications sérieuses. Il emploie indifféremment la teinture d'iode, l'eau salée, l'alcool et le nitrate d'argent. Le plus souvent il se produit de la suppuration ; mais dans certains cas il se fait un retrait lent et progressif de la tumeur sans suppuration.

Enfin, M. Luton a tenté les injections d'une solution d'iodure de potassium dans un cas de tumeur cancéreuse de l'estomac, et il n'a pas été plus heureux que ceux de nos confrères qui ont essayé les injections d'acide acétique dans les tumeurs cancéreuses. Il y a là cependant une nouvelle voie ouverte, et nous croyons que la méthode hypodermique n'a pas dit son dernier mot. (*Archives de médecine.*)

Injections iodées contre l'adénite cervicale; guérison. On a vanté, il y a peu d'années, l'iode métallique contre l'adénite scrofuleuse et syphilitique, et, après le rapport à l'Académie de médecine, son action semble définitivement acquise. Néanmoins, chez une dame de trente-cinq ans ayant eu dans son enfance des engorgements strumeux sous-maxillaires et cervicaux dont elle conserve des stigmates, M. le docteur Marston échoua complétement avec des applications topiques iodées pour la résolution d'un ganglion induré, gros comme une noix, alors que l'état général s'améliorait sensiblement par l'usage de l'huile de foie de morue et l'iodure de fer à l'intérieur. L'instrument tranchant étant refusé par crainte d'une nouvelle cicatrice, ce chirurgien tenta d'injecter dans cette masse dure, lobulée et infiltrée en apparence de matière plasmatique, quelques gouttes de teinture d'iode avec la seringue de Pravaz. La pointe en étant enfoncée dans le centre de la tumeur, le contenu de la seringue fut poussé lentement jusqu'à transsuder par les pores de la surface, sans qu'il en résultât ni douleur ni accident consécutif. Au contraire, le volume de la tumeur était diminué de moitié huit jours après. Une seconde injection fut pratiquée, et quinze jours après le ganglion était réduit à un petit pois,

[1] *Bull. de Thérapeut.*, T. LXV, p. 352.

lequel disparut complétement par une troisième injection. La peau se renouvela en laissant une cicatrice à peine sensible. Aucun symptôme d'iodisme ne se montra. Ces injections hypodermiques sont donc indiquées contre ces hypertrophies glandulaires chroniques qui résistent aux applications externes avant de recourir à l'instrument tranchant. (*Med. Times* et *Union médicale.*)

Du traitement de l'anthrax. M. Payan d'Aix, qui a obtenu en 1841 le prix du concours ouvert par le *Bulletin de Thérapeutique* sur les caustiques et leur emploi chirurgical, ne se sert pas du bistouri et donne la préférence à la cautérisation potentielle avec laquelle il obtient sans risques ni périls d'érysipèle et surtout de pyoémie, les effets de débridement et de sédation que la généralité des chirurgiens recherchent dans la méthode des incisions. C'est ordinairement avec la pâte caustique de Vienne (poudre calcio-potassique) qu'il pratique cette cautérisation de la manière suivante : quand la tumeur de l'anthrax est de moyenne dimension, il applique la pâte caustique sur la partie culminante ou médiane, dans l'étendue d'une pièce de dix à vingt francs. Il en couvre ainsi les points où se développe primitivement le groupe furonculaire constituant l'anthrax. — Mais quand la tumeur est plus étendue, surtout quand, par sa marche rapide, la violence de ses symptômes, etc., elle revêt les caractères de l'anthrax phlegmoneux ou malin, il joint à cette application centrale trois et quelquefois quatre traînées longitudinales du même caustique, rayonnant de ce centre vers la circonférence, et à égale distance les unes des autres. Ces lignes caustiques imitent les incisions rayonnées et tendent à la même fin : le débridement de la tumeur. La pâte caustique est ordinairement laissée en place de dix minutes à un quart d'heure, afin de pouvoir mortifier toute l'épaisseur de la peau qu'elle touche.

Par la cautérisation potentielle, et notamment par l'application méthodique du caustique de Vienne, on peut obtenir tous les résultats d'un véritable débridement, c'est-à-dire la cessation presque instantanée de la tension, des douleurs lancinantes, de l'agitation générale, de la fièvre, etc., et cela sans déperdition de sang, sans effroi pour les malades et avec une douleur réactive modérée, toujours bien supportée, et qui n'a rien de comparable à celle produite par les coups multipliés du bistouri. De plus, elle laisse une libre issue à la sortie des bourbillons, qui se font facilement jour à travers les eschares du caustique, que l'on peut d'ailleurs diviser facilement jusqu'au vif, si on le croit opportun.

N'ouvrant aucun vaisseau, oblitérant plutôt ceux qui tombent sous son action, cette cautérisation est propre par là même à prévenir les redoutables accidents de la résorption purulente, en même temps que l'on sait aussi qu'elle met d'une manière à peu près constamment sûre à l'abri de l'érysipèle.

Enfin, agissant alors comme dans le phlegmon diffus qu'elle fixe et limite, dont elle annihile la malignité, etc., la cautérisation est aussi le plus sûr moyen d'enrayer les progrès de l'anthrax, d'en neutraliser le caractère malin qu'on admet parfois en lui, etc.

Contrairement aux opinions généralement admises et professées, cette méthode de la cautérisation potentielle doit être préférée, dans le traitement de l'anthrax, aux incisions de tout genre, et elle mérite de constituer la méthode générale de traitement de cette maladie, comme réunissant comparativement les conditions *de tuto, cito et jucunde.* (*Congrès scientifique de France*, 33e session.)

Hoquet grave, ayant duré plusieurs mois, tenant à l'existence de vers intestinaux. Encore une de ces observations singulières dans lesquelles on voit des phénomènes morbides rebelles disparaître après l'expulsion de vers intestinaux, preuve que ces phénomènes, bien qu'ayant pour siége d'autres organes, reconnaissaient pour cause la présence de ces animaux dans le tube digestif.

M. le docteur Cavasse fut consulté pour un enfant des environs de Cannes, petite fille de dix ans, qui, ayant toujours eu jusque-là une bonne santé, fut prise, vers la fin de juin de l'année dernière, de divers symptômes, parmi lesquels un hoquet d'une violence peu commune. Ce hoquet durait, en moyenne, huit heures chaque jour, par accès d'une heure ou deux, et cessait complétement pendant le sommeil. Les contractions du diaphragme étaient parfois si désordonnées que la respiration ne se faisait plus que par soubresauts, et que l'enfant paraissait

alors sous le coup d'une mort imminente par asphyxie. De plus, l'enfant avait l'appétit capricieux, une sensation de corps étranger dans la gorge, des maux d'estomac, des oppressions, des palpitations ; elle était très pâle, avait les paupières inférieures bleuâtres. Il y avait de l'anémie, la nutrition était évidemment en souffrance. D'ailleurs pas de fièvre, pas d'affection cérébrale qui pût expliquer ce hoquet dont la petite malade était tourmentée. Mais il lui était arrivé, dans les accès, d'avoir des vomissements alimentaires, et dans les matières vomies, deux fois on avait trouvé un lombric. Notre confrère pensa que là était sans doute la cause des accidents, et l'exactitude de ce diagnostic était facile à vérifier par le traitement.

Or, vers le 1er novembre, après l'administration d'un premier vermifuge (le calomel), l'enfant rendit, tant par le haut que par le bas, une douzaine de lombrics, et le hoquet disparut instantanément. De nouveaux vers furent encore expulsés cinq jours après, à la suite d'une dose d'huile de ricin, puis un peu plus tard, sous l'influence du semen contra, dont l'usage fut recommandé au bout d'un certain temps, l'enfant ne rendant plus de vers, n'ayant plus de hoquet, jouissant d'un appétit régulier et digérant bien, fut considérée comme guérie, et tout traitement fut abandonné. Mais le 12 décembre, un lombric fut rendu, et le 14, le hoquet reparaissait. Un nouveau vermifuge fut prescrit et amena l'expulsion de sept autres vers. Le hoquet cessa cette fois pour ne plus reparaître, ainsi que M. Cavasse s'en est assuré. (*Gaz. des Hôp.*, 1867, n° 114.)

Chorée ; bons effets des aspersions d'éther pulvérisé sur le rachis. La pulvérisation de l'éther est une méthode qui est à peine à ses débuts, et déjà on lui doit des services précieux dans des cas où certainement on n'avait guère pensé d'abord qu'elle pût être applicable. Nous en avons cité divers exemples, un, entre autres, dans lequel M. le docteur Lubelski avait obtenu par ce moyen la guérison d'une chorée. Voici un fait semblable, observé par M. le docteur Zimberlin ; la cure y a été plus rapide, sans doute parce que la maladie était de date moins ancienne.

Il s'agit d'un jeune garçon de dix ans, d'une bonne constitution, qui n'avait jamais été malade, et dans la famille duquel il n'existait aucun antécédent morbide, aucun notamment d'affection nerveuse ou mentale.

Le 17 avril, sans cause appréciable, il est pris subitement, dans la jambe et le bras droit, de mouvements irréguliers, involontaires, qui le font tomber. Le 19, attaque semblable ; M. Zimberlin est appelé, et apprend de l'enfant que l'attaque est précédée d'un fourmillement dans la main droite, qui remonte le long du bras jusqu'à la tête et qu'alors l'accès commence. Fatigue, pas de douleur, appétit nul, soif vive, pâleur. Le petit malade ayant eu quelquefois des vers, on soupçonna que la présence d'ascarides pouvait être la cause du mal, et des vermifuges sont administrés, mais sans effet. Ce même jour, 19 avril, il y a eu quinze accès. Le 20, notre confrère assiste à l'un des accès : mouvements convulsifs de la main droite, puis rapidement du bras, puis du corps tout entier. Les attaques continuent les jours suivants, et augmentent même de fréquence, malgré les moyens employés ; et le 23, M. Zimberlin, se rappelant le fait du docteur Lubelski, prend le parti d'essayer la pulvérisation d'éther sur le rachis. Une première pulvérisation d'une durée de trois minutes est faite le long de la colonne vertébrale, mais en insistant particulièrement sur la région cervicale. Depuis ce moment jusqu'à la visite suivante, de huit heures du matin à cinq heures du soir, deux attaques seulement, et aucune dans la nuit, ni le lendemain matin. Nouvelle pulvérisation. Le soir, le petit malade est levé, il n'a plus rien ressenti ; l'appétit revient, la soif est convenable ; l'urine, blanche et trouble les jours précédents, a repris ses caractères ordinaires. Le surlendemain, 26 avril, l'enfant a rejoint ses camarades ; son appétit est en quelque sorte insatiable ; il ne reste que quelques légers vertiges et un peu de lourdeur de tête, symptômes qui disparaissent les jours suivants. (*Gaz. hebd.*, 1867, n° 39.)

Dyspepsie stomacale rebelle, guérie par l'emploi du levain. Une observation de M. Bergeret (de Saint-Léger) tend à montrer le parti qu'on peut tirer du levain des ménagères pour combattre certaines dyspepsies.

Il s'agit d'une dame de Saint-Bérain, âgée de trente-huit ans, laquelle,

en 1859, avait éprouvé des accidents douloureux et persistants du côté de l'estomac, des intestins, du foie et des reins. Tout l'hiver de cette même année, Mme V*** dut prendre énormément de précautions pour ne pas exaspérer ses douleurs d'estomac. Son supplice était effrayant, elle avait un appétit vif et ne pouvait presque rien manger sans voir survenir un embarras gastrique pénible avec bâillements, éructations et vomissements fréquents. Le poulet, le poisson frit, des bouillons et un peu de croûte de pain étaient seuls tolérés; mais souvent les vomissements venaient sans cause appréciable et alors qu'elle n'avait pris que très-peu d'aliments; ces vomissements étaient moins pénibles que l'embarras gastrique habituel.

Les eaux d'Évian modifièrent heureusement cet état, mais l'hiver dernier la dyspepsie reparut avec un caractère aigu très-accentué. Les digestions étaient laborieuses; la malade eut de fréquents vomissements, elle maigrit beaucoup; la teinte subictérique se prononça et la région épigastrique devint douloureuse. Dans le mois de février, M. Bergeret lui prescrivit une cuillerée à bouche de sirop de pepsine et autant de sirop de malt après chaque repas. A l'aide de ces moyens, la situation devint un peu meilleure; mais, au bout d'un mois, il fallut augmenter beaucoup les doses et, malgré cela, l'effet n'était pas satisfaisant.

« Le 28 avril, dit l'auteur, je me rendis à Saint-Bérain, pour voir ma malade. En chemin, je m'arrêtai dans une maison où je vis une robuste fille qui pétrissait de la farine avec du levain pour faire du pain quelques heures plus tard.

« Qu'est-ce que le levain ? me dis-je immédiatement : de la pâte qui a subi la fermentation lactique. Quelle est l'action du levain sur la farine avec laquelle on le mêle ? de produire d'abord une fermentation alcoolique, laquelle deviendrait bientôt lactique si elle n'était pas arrêtée par la chaleur. C'est le ferment du levain qui fait *lever* la pâte en produisant en même temps de l'alcool et de l'acide carbonique. C'est cet acide qui produit l'aréolation de la mie du pain, parce qu'il est emprisonné dans des mailles de gluten.

« Pour que la fermentation reste alcoolique et ne devienne pas lactique, il faut se hâter de mettre la pâte au four, aussitôt qu'elle a acquis un certain degré d'aréolation.

« Je songeai immédiatement que chez Mme V***, ce ferment du levain pourrait bien favoriser les digestions. Arrivé chez elle, je pris de nouveaux renseignements sur les symptômes dyspeptiques, et je lui conseillai de délayer une cuillerée à café de levain dans un verre d'eau, de laisser reposer, de décanter et de boire après chaque repas. Je lui recommandai spécialement, si elle voulait boire sucré, de le faire aussitôt le sucre fondu. »

Quinze jours après, M. Bergeret apprit que le remède avait fait merveille et que Mme V*** digérait aussi bien que lorsqu'elle était à Évian. Au bout de deux mois, le bien se soutenait et Mme V*** ne prenait son eau de levain que de temps à autre. Toutefois, n'osant compter sur une guérison acquise par un moyen que l'expérience n'a pas encore consacré, M. Bergeret a conseillé deux stations, chacune de quinze jours, l'une à Saxon, l'autre à Évian.

L'auteur a employé le même agent chez plusieurs autres dyspeptiques, mais le temps lui a manqué pour considérer les résultats obtenus comme suffisamment concluants. La question, comme on voit, est à l'étude; mais la dyspepsie est chose si commune et le levain si répandu dans les campagnes, que nos confrères des localités rurales pourront appliquer sur une large échelle la donnée thérapeutique qu'ils doivent à M. Bergeret. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Migraine, son traitement par le bromure de potassium. Des différentes espèces de migraine, c'est à celle qui est causée par l'anémie progressive que M. Barudel, médecin-major, oppose avec avantage ce nouvel agent thérapeutique. Ce n'est pas cette anémie passagère résultant d'hémorrhagie, mais l'anémie progressive sous l'influence des climats chauds, des cachexies, des affections chroniques, la chloro-anémie en particulier, les intoxications palustres, etc., etc.; la pâleur de la face et la décoloration de tous les tissus, une grande faiblesse musculaire, l'hypertrophie du foie, de la rate, des ganglions lymphatiques, la leucémie et les bruits de souffle à la base du cœur, au niveau de l'orifice aortique et dans les carotides en sont les signes distinctifs. Une dyspepsie habituelle et le retour régulier du mal complètent le tableau ; c'est donc là une névrose symptomatique résultant d'un état général, d'une altéra-

tion du sang dans sa quantité ou sa qualité. Un signe différentiel, anatomique la caractérise : c'est le changement de forme de la pupille à l'ophthalmoscope. Elle est élargie d'un côté ou rétrécie de l'autre, suivant le siége unilatéral de la douleur; d'un accès à l'autre, les pupilles subissent de fréquentes variations. Dans deux cas mortels, il existait une atrophie progressive de la papille à contours inégaux, les capillaires cérébraux ne se voyaient plus, la rétine était décolorée et l'affaiblissement de la vue était voisin de la cécité. Rien d'analogue dans les hémicrânies idiopathiques.

Quand les grands modificateurs hygiéniques, le changement de lieu, de climat, les eaux minérales, l'hydrothérapie, le fer, les toniques, les amers n'ont pu relever la tonicité amoindrie de l'organisme ou que, sous l'influence d'une cachexie, un accès se manifeste, on peut tenter de faire avorter les suivants en troublant leur régularité par l'exercice en plein air, des distractions morales ou une excitation thérapeutique interne ou externe. On ne saurait, malgré l'intermittence, recourir au sulfate de quinine, car ces accès se manifestent parfois dans l'intoxication palustre, alors que le malade est soumis à ce médicament. C'est alors que M. Barndel administre 2 grammes de bromure de potassium : moitié avant le repas du soir, moitié avant l'heure du sommeil et parfois durant l'accès, dans un véhicule aromatique, ou le sirop d'écorces d'oranges et de fleurs d'oranger. Un assoupissement en résulte sans congestion cérébrale ni constipation comme avec l'opium; c'est un sommeil calme, exempt de rêves et d'hallucinations, naturel et réparateur. Deux observations rapportées à l'appui montrent les avantages de ce sédatif, préférable aux opiacés et et aux solanées vireuses. S'il ne guérit pas la maladie, il en éloigne les accès et donne ainsi le temps de vaincre la cause, de détruire le mal dans sa source. (*Mém. de médecine et de chirurgie militaires* et *Union médicale.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Ligature des artères de la langue. Douze observations, recueillies par M. Demarquay ou puisées dans les auteurs, ont servi de base à ce travail. M. Demarquay a lié huit fois l'artère linguale sur le vivant : il se fonde sur son expérience pour établir les propositions suivantes : 1° la ligature des artères de la langue n'est point difficile ; 2° les indications de ligature de ces vaisseaux se présentent assez souvent.

Il résulte du travail de M. Demarquay que la linguale a été liée plusieurs fois pour arrêter une hémorrhagie, et que, toujours, l'hémorrhagie a été arrêtée. Partant de ce fait, l'auteur se demande pourquoi on ne ferait pas la ligature préventive des artères de la langue, quand on a à enlever une tumeur volumineuse occupant la partie profonde de cet organe ; tout le monde sait que. dans ces circonstances, quel que soit le procédé que l'on emploie, on est exposé à une hémorrhagie. — Mais le point le plus essentiel de ce mémoire, c'est le résultat avantageux que M. Demarquay dit avoir obtenu en liant les deux linguales pour amener l'atrophie des tumeurs cancéreuses de la langue, et pour permettre aux malheureux qui en sont atteints de prolonger une existence si sérieusement compromise. Trois fois il a pratiqué cette opération sur des malades qui se trouvaient dans ces conditions mauvaises, et toujours le résultat a répondu à son attente. Les suites de l'opération ont été toutes simples et naturelles, et, à part quelque manifestation du côté du pharynx, caractérisée par un peu de dysphagie momentanée, due à la proximité de l'artère linguale et de ce conduit, la cicatrisation de la plaie a été rapidement obtenue.

Ce n'est pas à dire que M. Demarquay espère, de la sorte, guérir les malades affectés de cancer de la langue. Les considérations dans lesquelles il entre dans son travail sur la marche des tumeurs cancéreuses, sur leur développement et leur propagation, montrent qu'il avait un but plus restreint.

Le meilleur procédé mis en usage pour arriver à découvrir les artères de la langue et à les lier, est rapporté par l'auteur à Blandin. — Ce serait, suivant M. Demarquay, Béclard qui, le premier, aurait eu l'idée de lier l'artère linguale ; mais Harvey aurait déjà entrevu tout le parti que la chirurgie pouvait retirer de la ligature des artères, dans le traitement des tumeurs. A M. Mirault (d'Angers) ap-

partiendrait enfin l'honneur d'avoir, le premier, en France, porté une ligature sur les artères linguales; depuis lors, elle a été appliquée par MM. Flaubert, Roux, Maisonneuve, en France; par Liston et Moore, en Angleterre, et finalement par l'auteur. (*Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS.

A son passage à Strasbourg, l'Empereur a donné la décoration de la Légion d'honneur à MM. Hepp, pharmacien en chef des hospices civils de Strasbourg; Jacobi, doyen des médecins cantonaux du Bas-Rhin.

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur:

Au grade de chevalier: MM. Binaut, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille: 15 ans de services; — Coulon, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens; — Lenoel (Jules), professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens: 8 ans de services.

Par décrets rendus sur la proposition du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur:

Au grade de chevalier: MM. le docteur Bagnéris, médecin à Douai; — le docteur Lemaire, médecin des épidémies, à Dunkerque.

Par divers décrets, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade de chevalier: MM. Dutemple, ancien chirurgien militaire; — Bachelet, pharmacien-major de 1re classe; — Vielcazals, vétérinaire en premier; — Dimulle, médecin-major de 2e classe au 84e régiment d'infanterie; — Godot, médecin-major de 2e classe au 5e régiment d'artillerie.

Par décret en date du 11 août 1867, ont été nommés:

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe, Courboulis, Beurdy, Baëlen, Roure.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe, Goupil, Balley, Ladoire, Sifflet, Bourot, Villalon, Chevassu, Spillmann, Desterne, Bouland et Giard.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe. — M. le pharmacien-major de 2e classe, Pressoir.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — M. le pharmacien aide major de 1re classe, Lancelot.

Par arrêté ministériel:

M. Grisolle, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer par M. Bucquoy, agrégé près ladite Faculté.

M. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale à la Pitié, est nommé à la Charité.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Foucher et de M. Bouley.

Foucher, agrégé de la Faculté et chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, était chargé du cours complémentaire des maladies des yeux.

Bouley, médecin de l'hôpital Necker, a laissé peu de travaux; savant aussi instruit que modeste, il était peu connu; mais en revanche il était apprécié et adoré de ses élèves (nous avons été de ce nombre). C'était dans sa conversation et ses causeries au lit du malade que l'on pouvait seulement apprécier l'étendue de ses connaissances et la finesse de son esprit. Nous associons nos regrets à ceux de ses amis qui ont tenu à l'accompagner à sa dernière demeure.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement médical des corps fibreux de l'utérus;

Par le docteur Noël Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

Quand les corps fibreux de l'utérus font saillie dans la cavité péritonéale, ils échappent à l'action chirurgicale. Suivant leur situation, leur volume, leurs rapports avec la matrice, suivant aussi les dispositions individuelles, ces tumeurs peuvent provoquer dans les organes voisins des troubles fonctionnels ou des douleurs plus ou moins intenses, qui se développent sous l'influence de la marche, de la station, de certaines positions; la locomotion peut devenir pénible et difficile. Souvent alors on observe des hémorrhagies, moins fréquentes et moins abondantes que dans les tumeurs interstitielles, et que dans celles surtout qui font saillie vers la cavité utérine.

Ces hémorrhagies surviennent ordinairement aux époques cataméniales; elles augmentent l'abondance et la durée du flux menstruel au grand détriment des joues; la nutrition s'altère; l'anémie se prononce de plus en plus, entraînant avec elle des accidents dyspeptiques qui l'augmentent, et une excitabilité nerveuse qui ajoute aux sensations morbides et aux troubles fonctionnels qu'éprouvent les malades. L'étude de ces phénomènes morbides et des conditions dans lesquelles ils se développent fournit les indications d'un traitement hygiénique qui atténue beaucoup ces accidents, quelquefois même les fait complétement disparaître. L'observation suivante en est un exemple : — Mme D***, âgée de trente-cinq ans, mère de trois enfants, et veuve depuis dix ans, a été éprouvée par de nombreux chagrins, à la suite desquels se sont manifestés des accidents hystériques. Sa menstruation, depuis plusieurs années, était irrégulière : les règles avaient une abondance et une durée inaccoutumées et devenaient de véritables pertes, qui se répétaient quelquefois dans l'intervalle des périodes cataméniales; la malade ne pouvait rester debout, soutenir une marche un peu longue, ni surtout se mettre à genoux, sans éprouver des douleurs dans les reins, les cuisses et le bas-ventre, accompagnées de nausées et de défaillances. Dans les courtes périodes qui séparaient les métrorrhagies, elle avait de la leucorrhée; la maigreur, l'anémie étaient très-prononcées; l'appétit languissait,

les forces se déprimaient de plus en plus ; la disposition hystérique prenait une tendance hypocondriaque.

En examinant la malade par la palpation et le toucher, je constatai l'existence de tumeurs fibreuses multiples, dont quelques-unes étaient situées dans le bassin ; d'autres, plus volumineuses, faisaient saillie au-dessus de la symphyse pubienne ; elles étaient en connexion assez intime avec l'utérus pour être ébranlées par les mouvements de soulèvement imprimés à cet organe, dont le doigt constatait l'abaissement, quand on pressait de haut en bas sur les tumeurs. Le toucher faisait en outre reconnaître une érosion granulée du col utérin, que l'examen au spéculum permit de constater avec plus de précision.

Je pensai que l'érosion et le catarrhe granulé du col pouvaient ajouter un stimulus congestif aux troubles circulatoires causés par les tumeurs et entrer comme éléments dans la pathogénie des métrorrhagies. Dès lors, il était indiqué d'attaquer cette complication, en prenant les précautions convenables pour que la cautérisation ne devînt pas une cause nouvelle d'hémorrhagie.

Je fis garder le lit à la malade pendant deux ou trois jours après chaque cautérisation ; je lui fis prendre en même temps une infusion de feuilles de digitale, additionnée de sirop de ratanhia et de teinture de cannelle. Ensuite, pour soustraire l'utérus à l'excitation que provoquent nécessairement les mouvements et les ballottements des corps fibreux, je fis faire une ceinture ventrale en coutil, doublée, de chaque côté de la tumeur, de petits coussins en peluche qui en dessinaient les contours, de manière à l'immobiliser, à la caler en quelque sorte.

Pendant toute la durée des époques menstruelles, la malade fut condamnée à garder sa position horizontale. Pour relever le travail nutritif, en augmentant la plasticité du sang, je prescrivis avant les repas des pilules d'extrait de quinquina rouge.

Le succès fut complet : les pertes, les douleurs lombaires et hypogastriques disparurent, la malade reprit de l'embonpoint, du teint, de la gaieté ; grâce à sa ceinture, elle put marcher, se mettre à genoux, supporter les voyages sans aucun des accidents qu'elle éprouvait autrefois. Depuis cinq ans, j'ai eu l'occasion de voir fréquemment cette dame, et sa convalescence ne s'est pas démentie.

Je pourrais citer plusieurs cas analogues, dans lesquels les mêmes moyens ont donné les mêmes résultats, mais qui n'ajouteraient rien d'important aux enseignements que celui-ci renferme.

Je dois ajouter cependant que, si les accidents métrorrhagiques

résistaient aux moyens précédemment indiqués, j'ai quelquefois prescrit des injections astringentes, avec deux à quatre grammes de perchlorure de fer pour un litre d'eau. Dans certains cas, les narcotiques introduits dans le rectum, les vésicatoires appliqués sur l'hypogastre peuvent favoriser l'hémostase, lorsque l'hémorrhagie est accompagnée de douleur, ou lorsque son abondance et sa durée témoignent d'une congestion active et intense.

En résumé, on prescrira aux malades la position horizontale pendant l'époque menstruelle ; on leur fera porter une ceinture construite de manière à embrasser la tumeur et à la rendre, pendant les mouvements, inoffensive pour l'utérus qui la supporte, ou pour les autres organes hypogastriques ; on écartera les complications, quand on en rencontrera qui soient accessibles à nos moyens thérapeutiques ; on fera agir sur l'organisme les modifications hygiéniques et les agents thérapeutiques qui peuvent relever le travail nutritif et rendre au sang sa crase normale. Tels sont les moyens simples dont j'ai constaté plusieurs fois l'efficacité, et grâce auxquels j'ai vu disparaître des accidents qui troublaient péniblement l'existence et pouvaient même la compromettre par leur persistance ; ils peuvent conduire ainsi les malades jusqu'à l'âge où cesse la vie active de l'utérus, avec les fluxions périodiques qui en compliquent toutes les maladies. A cette époque, les affections bénignes de cet organe tendent en général à devenir stationnaires, et à ne se révéler que par des symptômes moins accentués ; comme la matrice elle-même, elles deviennent plus indifférentes au sein de l'économie violente ; seulement, l'époque de la ménopause exigera une vigilance et une attention toutes particulières, à cause des tendances congestionnelles et hémorrhagiques qui l'accompagnent souvent.

Du traitement de la colique saturnine par le soufre à l'intérieur ;

Par le docteur MARGUERITTE (du Havre).

Il y a quelques mois, M. Lediberder, interne de M. Guibout, insérait dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. LXXII, p. 419) la relation de quelques cas de colique de plomb traitée avec succès selon la méthode de M. Lutz, c'est-à-dire par le soufre à l'intérieur. Le nom de ces observateurs me fit prendre la résolution de saisir la première occasion pour expérimenter ce médicament, d'autant plus que, laxatif par lui-même et associé au miel, il me paraissait

pouvoir remplacer, et avec avantage, au point de vue du goût, les drastiques que l'on administre en pareille circonstance. D'ailleurs, son emploi à l'intérieur découlait de la manière la plus rationnelle de son usage externe. Appliquer le soufre à la surface de la peau pour former du sulfure de plomb, l'administrer à l'intérieur pour former encore le même composé et provoquer en même temps son élimination par suite de ses propriétés purgatives, c'étaient là deux idées sœurs, et la seconde devait, ce semble, réussir comme la première. Ajoutons que ce médicament n'offre aucun danger et qu'on peut sans péril aucun en administrer des doses considérables. Enfin, la vulgarisation de ce médicament constituait à mes yeux un progrès réel, s'il est vrai qu'en thérapeutique le progrès ne consiste pas tant à faire appel à de nouveaux remèdes qu'à tirer tout le parti possible des médicaments déjà existants.

Une épidémie de colique saturnine, qui s'est manifestée dans un quartier de notre ville par suite de l'ingestion de cidres falsifiés, m'a permis de recueillir un certain nombre de faits dans lesquels j'ai combattu les accidents à l'aide de la fleur de soufre mélangée par parties égales avec du miel blanc ; mais un des premiers malades auxquels je l'ai fait prendre s'étant plaint d'avoir eu quelque peine à avaler cette mixture qui lui « empâtait la bouche, » je fais délayer chaque cuillerée dans un verre environ d'eau et de lait ; de cette manière, le médicament est avalé bien plus facilement.

Ayant eu sous les yeux depuis six semaines près de trente cas de colique de plomb, je n'ai pas l'intention de les relater tous ; je donnerai seulement l'observation d'un certain nombre de faits, les premiers observés ; parmi ceux-ci on en trouvera deux où le cidre n'est pas en cause, puisque ce sont des peintres, et un troisième où l'étiologie n'est pas absolument claire, puisque, tout en buvant du cidre, le malade avait depuis quelques jours présidé au déchargement de saumons de plomb. Quoi qu'il en soit, il n'importe pas au traitement qui s'applique à la colique de plomb, d'où qu'elle vienne. — Quant au diagnostic, afin d'éviter toute accusation d'erreur, j'ai pris soin de n'employer le soufre que dans des cas où le liséré bleuâtre de la sertissure des gencives me dénotait, à n'en pouvoir douter, la présence du plomb dans l'économie. D'ailleurs, eussé-je administré la mixture soufrée à des malades atteints de simple colique sèche, cela ne prouverait encore qu'une chose, c'est que ce médicament convient aux deux maladies.

Obs. I. D***, rue Duquemare, peintre depuis longues années,

ayant eu, il y a huit ans, une attaque de colique de plomb pour laquelle il resta plus de deux mois en traitement à l'hospice du Havre, me fit demander, le 31 mai 1867. — Deux ou trois semaines auparavant, il avait été employé à des travaux de peinture à la céruse à bord d'un navire, et ces travaux s'étaient exécutés dans une chambre où l'air n'avait guère accès que par des hublots. Depuis le 29 mai, cet homme souffrait de coliques dans tout l'abdomen, mais plus spécialement le long du côlon transverse. Le ventre était fortement rétracté. Constipation. Etat nauséeux, mais sans vomissements. Liséré plombique très-apparent à la sertissure des gencives. Insomnie. Avant mon arrivée, le malade avait pris du thé en quantité assez abondante. Je lui prescrivis un lavement purgatif des peintres, l'application de cataplasmes chauds sur l'abdomen, un bol composé de thériaque 4 grammes, et d'opium $0^{gr},05$. Pour boisson, de la limonade sulfurique.

Le 1er mai, aucune amélioration. Un vomissement après le bol calmant. Pas de selles. Même état, du reste. — Miel blanc et fleur de soufre, de chacun 40 grammes. Mêlez. A prendre en quatre fois dans le courant de la journée. Infusion de chicorée sauvage.

Le 2, même état; aucune selle. — Même prescription.

Le 3, le malade m'annonce que la veille il a eu, le soir, deux ou trois selles noirâtres très-fétides avec scybales. Les douleurs abdominales sont moins fortes. Un peu de sommeil la nuit. — Mixture soufrée, 60 grammes [1], à prendre en trois fois.

Le 4, la diarrhée est établie; selles très-fréquentes, mais peu copieuses, précédées de quelques coliques. Soulagement notable. — Même dose de mixture.

Le 5, le malade, infiniment mieux, dormant bien, n'a d'autres coliques que celles qui précèdent les selles. Celles-ci sont toujours très-abondantes. L'appétit est revenu. — Mixture soufrée, 80 grammes, à prendre en quatre fois dans l'espace de deux jours. Bouillon, potage.

Le 6, D***, qui ne souffre plus du tout, est retourné à ses travaux habituels. Je lui ai conseillé de continuer son traitement en prenant chaque jour une douzaine de pastilles soufrées.

Obs. II. P***, rue d'Albanie, âgé de quarante-quatre ans, peintre depuis l'âge de quatorze ans, n'ayant jamais été atteint d'accidents saturnins, fut pris, le 12 juin 1867, de vives douleurs dans l'abdomen, accompagnées de vomissements qui persistèrent dans la journée du 13.

Le 14, au matin, il prit de très-bonne heure 60 grammes de sel d'Epsom, qui furent immédiatement rejetés par le vomissement. Je fus mandé alors. A mon arrivée, le malade se plaignait de douleurs abdominales très-vives, surtout dans la région susombilicale. Constipation. Liséré bleuâtre très-foncé aux gencives. — Miel blanc et fleur de soufre de chacun 50 grammes mêlés, à prendre en

---

[1] Dans cette mixture, le miel et le soufre sont toujours associés en parties égales.

cinq fois à demi-heure d'intervalle. Tisane amère. Application sur l'abdomen de flanelle pliée en plusieurs doubles et trempée dans l'eau froide.

15 juin. Après chaque application de flanelle, diminution momentanée des douleurs. Pas de selles. Moins de vomissements. — Même dose de mixture soufrée.

16. Disparition des vomissements. Une selle ovillée hier soir. Douleurs abdominales moins vives et par crises plus éloignées. Un peu de fièvre. — Cataplasmes sur le ventre. Même dose de mixture soufrée.

Les cataplasmes chauds ont été substitués aux applications froides, parce que le malade fut trouvé froid, la face grippée et dans un état de malaise très-prononcé. En outre, il fut prescrit de le réchauffer au moyen de bouteilles d'eau chaude.

17. Depuis hier, le malade s'est réchauffé; les vomissements comme les douleurs abdominales ont disparu; dans la soirée, plusieurs selles ovillées, brunes, suivies dans la nuit de nombreuses garde-robes liquides. Sentiment de bien-être le soir; le malade exprime le désir de manger le lendemain, et de reprendre sous peu son travail. Le matin, il éprouve de nouveau un grand sentiment de faiblesse; à mon arrivée, que, d'après l'état où je l'avais laissé la veille, j'avais retardée, je trouve le malade froid, râlant, et dix minutes après la mort survenait. La famille me donna comme renseignements que dans la nuit il avait à plusieurs reprises eu dans les membres de petits mouvements convulsifs, et qu'un peu avant mon arrivée, il y avait eu une crise de nerfs plus forte, que la description me permit de qualifier épileptiforme.

Obs. III. M*** me fit demander le 11 juin 1867, pour des douleurs épigastriques dont il souffrait depuis quelques jours. A la pression, l'abdomen était très-douloureux, surtout à l'épigastre. Constipation. Pas de nausées ni de vomissements. Liséré plombique très-marqué au collet des dents. Un purgatif que je fis prendre au malade amena un soulagement momentané; mais les douleurs reparurent et occupèrent tout l'abdomen. En même temps des vomissements abondants et répétés eurent lieu. — Potion calmante, onctions narcotiques sur l'abdomen.

Le 13 au soir, les vomissements étaient calmés et les douleurs abdominales bien atténuées; sentiment de faiblesse éprouvé par le malade. Pas de selles.

Le 14, même état. — Miel blanc et fleur de soufre de chacun 30 grammes, mêlés, à prendre en trois fois. Bouillon.

15 juin. La veille jusqu'à midi, calme. Depuis ce moment, réapparition nouvelle des douleurs abdominales. Pas de selles. Ce matin à quatre heures, nouveaux vomissements. Onctions narcotiques sur l'abdomen. — Mixture soufrée, 100 grammes, à prendre en cinq fois.

16. Douleurs abdominales moins vives. Deux selles ovillées peu abondantes. Pas de vomissements. Etat nauséeux. Fièvre. Soif. — Même prescription.

17. Peu de douleurs abdominales. Moins de fièvre. Vomissements hier à la suite d'une cuillerée de la mixture, que le malade juge à propos de suspendre. Quelques selles. — Le malade doit achever ce qui lui reste du médicament.

18. Pas de nouveaux vomissements. Dix à douze selles. Diminution notable des douleurs abdominales. Aucune fièvre. — Mixture soufrée, 60 grammes.

19. Aucun vomissement. Dix à douze selles, précédées de quelques coliques. Appétit. — Même dose de mixture. Potages.

20. Les douleurs ont complétement disparu, les selles continuent abondamment. J'engage le malade à croquer chaque jour, pendant quelque temps, une douzaine de pastilles soufrées et à cesser l'usage du cidre.

Le 13 juillet, M*** me rappelle et se plaint de douleurs vagues dans l'abdomen, spécialement autour du nombril, ainsi que de douleurs dans les articulations. Pas de vomissements. Selles peu abondantes, assez difficiles. — Mixture soufrée, 100 grammes.

14. Deux selles depuis hier. Coliques plus fortes. Vomissements. — Même dose de mixture. Lavement purgatif des peintres.

15. Pas de selles. Douleurs très-intenses. Vomissements répétés. — Même dose de mixture.

16. Selles nombreuses. Douleurs moins fortes, continues encore, plus intenses avant chaque selle. Un peu d'appétit. — Même dose de mixture.

17. Selles abondantes et fréquentes. Appétit. Peu de douleurs. — Prendre un bain sulfureux tous les jours pendant douze jours. Prendre 80 grammes de mixture pendant deux jours et 60 grammes pendant deux autres jours.

Obs. IV. Mme B***, quarante-huit ans, est, depuis le 12 juin 1867, atteinte de vomissements et de coliques dans tout l'abdomen pour lesquelles elle n'a fait jusqu'ici qu'un traitement insignifiant. Lorsque je suis appelé, le 17 au matin, je trouve la malade vomissant d'une manière incessante, se tordant sur son lit, à cause des douleurs qu'elle ressentait dans l'abdomen. Depuis plus de huit jours elle n'avait pas été à la selle. Apyrexie. Langue saburrale. A la sertissure des gencives, liséré plombique on ne peut mieux marqué, dû à l'usage journalier d'un cidre pris chez un débitant qui m'a fourni presque tous mes malades. Ventre rétracté. Les douleurs abdominales, continues et très-intenses, sont soulagées par une pression graduelle exercée avec la main posée à plat sur l'abdomen. — Mixture soufrée, 100 grammes, à prendre en cinq fois. Infusion amère.

18. Deux vomissements hier. Douleurs abdominales plus sourdes avec moins d'exacerbations. Pas de selles. Insomnie, mais ne dépendant pas des douleurs. Apyrexie. — Même dose de mixture.

19. Un vomissement hier. Les douleurs épigastriques sont disparues, mais elles persistent dans l'abdomen, quoique plus sourdes. Pas de selles. — Mixture soufrée, 120 grammes.

20. Pas de vomissements hier. Diminution des douleurs abdo-

minales. Deux selles jaunes, ovillées, précédées de coliques. — Mixture soufrée, 100 grammes.

21. Sept ou huit selles depuis hier matin. Pas de vomissements. Pas de douleurs abdominales, sauf quelques coliques avant chaque selle. — Mixture soufrée, 80 grammes, à prendre en deux jours.

23. Continuation des selles. Bien-être. Appétit. Je mets la malade à l'usage des pastilles soufrées pendant deux ou trois semaines.

Obs. V. A***, homme de trente-neuf ans, a été occupé au déchargement de saumons de plomb et, de plus, fait usage habituellement de cidre suspect. Aussi, depuis quelques jours, il sent du malaise, se plaint de douleurs dans les membres et accuse de l'embarras gastro-intestinal. Le 20 juin, il me mande auprès de lui, et se plaint de coliques dans tout le ventre, mais spécialement au niveau du côlon transverse. Constipation depuis quatre ou cinq jours. Quelques nausées. Pas de rétraction du ventre. La pression sur l'abdomen exagère la douleur. Liséré très-marqué à la sertissure des gencives. Pas de fièvre. Inappétence absolue. — Cataplasmes sur l'abdomen. Mixture soufrée, 100 grammes. Infusion de chicorée sauvage.

21. Les douleurs abdominales, qui ont persisté très-intenses dans la journée d'hier, sont moins vives cematin. Vomissements bilieux très-abondants. Pas de selles. — Onctions narcotiques sur l'abdomen. Même dose de mixture.

22. Diminution d'intensité des douleurs abdominales. Un seul vomissement. Aucune selle. — Même dose de mixture.

23. Cessation des vomissements. Sensibilité abdominale moins vive. Plusieurs selles. — Même dose de mixture.

24. Selles nombreuses précédées chacune d'une colique. Ventre souple. — Même dose de mixture.

25. Selles abondantes et nombreuses. Encore quelques douleurs, mais rares. — Mixture, 60 grammes; puis, pastilles soufrées pendant une quinzaine de jours.

Obs. VI. A***, perceur, se sentait tout malaise depuis quelques jours, éprouvant dans les membres des douleurs vagues, lorsque le 20 juillet, après deux selles difficiles et ovillées, les douleurs qu'il éprouvait déjà auprès du nombril se généralisèrent et augmentèrent d'intensité. En même temps apparurent des vomissements fréquents et copieux. Le ventre est rétracté, et à la sertissure des gencives on voit un liséré bleuâtre très-marqué. Langue saburrale. Inappétence complète. Apyrexie. — Mixture soufrée, 60 grammes, à prendre en trois fois. Cataplasmes sur l'abdomen. Infusion de petite centaurée.

21. Vomissements dans la nuit; persistance des douleurs abdominales, quoique un peu moins fortes. Une selle ce matin peu abondante, difficile. — Mixture soufrée, 100 grammes. Orge miellée.

22. Pas de selles; douleurs abdominales plus vives. Quelques vomissements. — Mixture soufrée, 120 grammes.

23. Un ou deux vomissements hier dans la journée. Quatre ou cinq selles depuis hier soir. Diminution dans l'intensité des douleurs abdominales. — Mixture soufrée, 100 grammes.

24. Pas de vomissements ni de douleurs. Continuation des selles. Peu d'appétit. — Mixture soufrée, 120 grammes, à prendre en deux jours.

26. Disparition complète des douleurs. Chaque jour, dix ou douze selles, précédées chacune d'une colique. — Pastilles soufrées pendant une huitaine.

Environ un mois après, ce malade eut une seconde atteinte de colique saturnine. Le même traitement réussit cette fois encore comme la première ; seulement, le résultat fut plus rapide, parce que dès le premier jour la dose de mixture soufrée fut plus élevée, de sorte qu'au bout de trente-six heures les premières selles apparurent.

Obs. VII. V*** était depuis quelques jours peu à son aise, lorsque le 24 juillet, vers une heure après midi, il fut pris de coliques vives qui le forcèrent à interrompre son travail. Ces coliques, qu'il comparait à des pincements et qui se faisaient sentir en divers points de l'abdomen, surtout autour de l'ombilic, étaient assez intenses pour que le malade se roulât sur lui-même. Des cataplasmes appliqués sur l'abdomen restèrent sans résultat. A minuit, dans la nuit du 24 au 25, il fut pris de vomissements porracés, qui durèrent jusqu'au matin, où il m'envoya chercher.

A mon arrivée, je le trouve vomissant, se tordant sur son lit ; ses douleurs abdominales sont généralisées ; la pression avec la main les calme momentanément. Depuis la veille au matin, il n'y a pas eu de selles. Liséré bleuâtre très-foncé à la sertissure des gencives. Apyrexie complète. Langue saburrale. — Mixture soufrée, 120 grammes. Cataplasmes. Infusion amère.

26. Diminution des douleurs dans la journée d'hier. Cinq ou six vomissements. Sommeil dans le commencement de la nuit. Plusieurs selles depuis minuit. Le malade a pu manger un peu. Depuis ce matin, les douleurs abdominales redeviennent un peu plus intenses. — Mixture soufrée, 100 grammes.

27. Un seul vomissement. Selles fréquentes et copieuses. Sommeil. Douleurs moins fortes. Coliques seulement avant chaque selle. Par moments, sentiment de bien-être. — Même dose de mixture.

28. Aucun vomissement. Nulle douleur. Selles toujours fréquentes, précédées d'une colique légère. Sommeil bon. Appétit. — Même dose de mixture à prendre en deux jours; puis pastilles soufrées pendant une quinzaine.

Obs. VIII. Mme L. C*** a été prise, il y a environ trois semaines, de malaise qu'elle décrit ainsi : Vomissements de temps à autre, état nauséeux habituel, douleurs abdominales presque continuelles, tormineuses ; constipation ; douleurs dans les jointures, augmentant de jour en jour et arrivant à empêcher la station debout et la marche; céphalalgie par moments, mais non habi-

tuelle. Aucune paralysie, mais faiblesse extrême des jambes. — Pour remédier à cet état de malaise, la malade s'est purgée plusieurs fois ; mais, son état ne s'améliorant pas, elle me fit mander le 28 juin au matin.

Décubitus dorsal. Ventre non rétracté, sensible à la pression, même modérée. Langue sans caractère. Liséré on ne peut plus marqué, très-bleuâtre, à la sertissure des gencives. Cette coloration ardoisée s'étend même en plusieurs points de la face interne des joues et de la lèvre inférieure. Apyrexie. Pas d'appétit. Pas de selles depuis plusieurs jours. — Mixture soufrée, 200 grammes, à prendre en deux jours.

Le 30 juin, le 2 juillet, le 4 juillet, je trouve la malade de mieux en mieux ; les selles sont devenues abondantes ; les coliques et les vomissements disparaissent petit à petit. L'arthralgie et la faiblesse des membres persistent. Chaque fois j'ai fait renouveler la mixture soufrée, et la malade a été dirigée ensuite sur l'hospice, pour prendre des bains sulfureux.

Obs. IX. C*** souffre depuis trois ou quatre semaines de coliques plus ou moins violentes, et en même temps éprouve une certaine difficulté à aller à la garde-robe, opération qu'il n'amène à bien qu'au prix des plus grands efforts.

Le 9 juillet, se trouvant un peu moins souffrant, il se rendit chez son patron (teinturier), et se livra à un travail insignifiant, d'autant plus qu'un pharmacien lui avait fait prendre une bouteille d'eau de Sedlitz. Au milieu du jour les coliques reparurent et avec beaucoup d'intensité ; il y eut des vomissements et pas de selles. Le soir, je fus appelé.

Aucune fièvre. Décubitus dorsal. Douleurs abdominales très-vives, spécialement autour du nombril, analogues à des pincements, continuelles, avec exacerbations fréquentes. Nausées. Langue blanche. A la sertissure des gencives, liséré bleuâtre très-marqué ; faiblesse des bras et des jambes. Aucune céphalalgie. En appuyant la main à plat sur l'abdomen, la douleur est calmée. Pas de soif. — Cataplasmes sur le ventre ; mixture soufrée, 120 grammes.

10. Dans l'après-midi, lorsque je vois le malade, les douleurs abdominales sont très-vives ; il y a des vomissements fréquents ; pas de selles, bien que le malade ait pris toute sa mixture. Je prescris alors une nouvelle dose à prendre dans la soirée. — Mixture soufrée, 80 grammes.

11. Douleurs moins vives et moins continues, apparaissant au moment où le besoin d'aller à la selle se fait sentir. Vomissements moins fréquents et moins abondants. Quelques selles peu copieuses, jaunâtres. Apyrexie. Inappétence ; langue épaisse, saburrale. — Mixture soufrée, 160 grammes.

12. Moins de douleurs abdominales. Encore un ou deux vomissements. Selles nombreuses. Le malade répugnant à prendre la mixture soufrée, je le laisse reposer, et me contente de lui substituer un lavement purgatif des peintres.

13. Les douleurs abdominales sont moins vives ; le lavement a

été suivi de plusieurs selles plus copieuses. — Mixture soufrée, 100 grammes.

14. Moins de douleurs abdominales. Coliques avant chaque selle ; celles-ci sont peu abondantes, mais répétées. Appétit. Aucun vomissement, aucune nausée. — Même dose répétée le 15.

16. Disparition presque complète de toute espèce de douleurs. Selles très-copieuses et très-fréquentes. Appétit. Ventre souple.

Continuation de la mixture soufrée comme il suit : le 16, 100 grammes ; le 17, 80 grammes ; le 18, 80 grammes ; le 19, 60 grammes ; le 20, 60 grammes. Bains sulfureux.

Je pourrais multiplier les observations, puisque dans l'espace de deux mois au plus j'ai pu observer vingt-neuf malades atteints de colique de plomb, et, grâce aux récidives survenues chez plusieurs, j'ai pu constater trente-quatre atteintes de la maladie. Il est bien entendu que dans tous ces cas le liséré bleuâtre des gencives a été trouvé, et la plupart du temps très-apparent. Dans presque tous ces faits, le soufre a été le principal sinon le seul moyen employé pour remettre les malades dans leur état normal. Lorsque j'ai eu recours à d'autres moyens plus ou moins actifs, je ne l'ai fait qu'à cause de la répugnance que faisait éprouver à certaines personnes l'usage de ce médicament ; ou bien encore je cédais à l'impatience des malades qui ne croyaient pas ce corps capable à lui tout seul de combattre les accidents.

De tout cet ensemble de faits, tant ceux qui viennent d'être relatés que ceux qui restent inédits, il me paraît légitime de tirer des conclusions très-favorables à l'emploi du soufre contre la colique saturnine. Afin que mes confrères puissent les contrôler plus facilement, j'ai formulé ces conclusions dans une série de propositions que voici :

1° *Le soufre peut à lui seul faire disparaître les accidents de la colique de plomb ; mais il faut qu'il soit donné à doses assez élevées.* — Plusieurs de mes honorables confrères m'ont dit avoir donné ce médicament sans résultat, ce qui s'explique parfaitement par la dose de 15 grammes à laquelle ils l'administraient, dose tout à fait insignifiante. Il faut, au contraire, faire prendre d'emblée 50 ou 60 grammes de soufre (soit 100 à 120 grammes de mixture), ce qui peut se faire sans aucun danger, car un de mes malades a pu prendre le premier jour 200 grammes de mixture de soufre (soit 100 grammes de soufre), sans éprouver autre chose qu'une diminution de ses accidents.

2° *La dose de soufre doit toujours être très-élevée dès le pre-*

mier jour. — Il m'est arrivé quelquefois, lorsque le malade n'avait lors de ma première visite qu'une constipation relative, c'est-à-dire lorsqu'il n'avait pas tout à fait cessé d'aller à la garde-robe, il m'est arrivé, dis-je, de ne donner qu'une faible dose du médicament, soit 60 grammes de mixture soufrée. Je n'obtenais alors aucun résultat ; les selles cessaient tout à fait ; les vomissements apparaissaient ; les douleurs augmentaient ; bref, les accidents suivaient leur période d'augment, tout comme si je n'eusse rien fait ; il me fallait le lendemain regagner en quelque sorte le temps perdu, en faisant prendre au malade une dose beaucoup plus élevée de mixture soufrée.

3° *Le médicament étant administré d'une manière convenable et dans les meilleures conditions possibles, les premières évacuations n'apparaissent en général que le soir du deuxième jour, soit trente-six heures environ après que la première cuillerée de la mixture a été avalée par le malade.* — Ces premières selles, peu copieuses et difficiles, deviennent plus abondantes et plus faciles le troisième jour, et sont toujours précédées d'une colique plus ou moins vive. Quant à leur couleur, elles n'ont rien de fixe : elles sont noires, jaunes, vertes. — Dès que les premières selles apparaissent, il y a déjà eu une notable diminution dans les douleurs, et les vomissements ont disparu tout à fait ou sont devenus plus rares.

4° *Bien que le soufre employé seul et à l'exclusion de tout autre moyen puisse fournir ces résultats, il y a certains adjuvants qu'il n'est pas indifférent d'employer*, quand ce ne serait que pour agir sur l'esprit du malade, qui se défie toujours d'un médicament simple, de peu d'apparence et d'un prix peu élevé. Ces moyens sont les onctions faites sur l'abdomen avec le baume tranquille ou avec l'huile de jusquiame (je préfère celle-ci), les cataplasmes sur le ventre, et enfin les lavements à l'eau de son et au miel, ou encore, le lavement purgatif des peintres ; mais le premier est bien suffisant. — La tisane amère soutient les forces du malade, ainsi que le bouillon, que l'on peut administrer *ad libitum*.

5° Un cas que j'ai observé me ferait presque croire que *les pilules d'opium données pour aider à calmer les douleurs contrarient l'action de la mixture soufrée* (?). En effet, ayant fait prendre l'extrait thébaïque le soir à l'un des derniers malades que j'ai eus entre les mains, le résultat diarrhéique de la mixture soufrée, administrée à la dose habituelle (100 grammes par jour), s'est fait attendre jusqu'au soir du quatrième jour, bien que l'opium n'ait été pris que les deux premiers jours et à la dose de 10 centigrammes

chaque jour. Des faits nouveaux seraient nécessaires pour tirer à clair ce point de la question.

6° La mixture de miel et de soufre telle qu'elle est formulée dans l'article de M. Lediberder est prise avec répugnance par les malades, qui se plaignent de ne l'avaler que très-difficilement ; c'est pourquoi je fais délayer chaque cuillerée dans une tasse à thé de lait coupé d'eau par moitié. De cette manière, la mixture est ingurgitée bien plus facilement, et son action laxative se trouve encore favorisée par les propriétés relâchantes de l'eau et du lait mélangés.

Etant donc donné un malade atteint de colique saturnine, voici, si l'on veut employer le soufre, quel est, à mon avis, le *modus faciendi* le plus convenable.

1° Mixture soufrée, 100 grammes, à prendre d'heure en heure par cuillerées à soupe délayées chacune dans une tasse à thé d'eau et de lait ;

2° Le soir, lavement avec un demi-litre d'eau de son et quatre cuillerées de miel rouge ;

3° Onctions sur l'abdomen avec l'huile de jusquiame, puis cataplasmes de farine de lin ;

4° Infusion amère ; bouillon.

Cette prescription sera renouvelée le lendemain et le surlendemain, et peut-être encore, selon l'effet obtenu, le quatrième jour ; et, à partir de ce moment, chaque jour on diminue la dose de mixture de 20 grammes ; puis, lorsque le malade ne prend plus que 20 grammes de mixture par jour, on continue cette dose pendant quinze jours ou trois semaines, en suspendant de temps en temps, si la diarrhée devient par trop copieuse. En même temps, on lui fait prendre une douzaine de bains sulfureux, et, s'il est anémique, on le soumet ensuite à l'hydrothérapie. Il est bien entendu que la cessation des douleurs a fait enlever les onctions calmantes et les cataplasmes, que l'apparition de la diarrhée a fait suspendre les lavements, et que le retour de l'appétit a été le signal d'une alimentation réparatrice.

Ce traitement, tel que je viens de le formuler après MM. Lutz, Guibout et Lediberder, est certainement tout aussi efficace que le traitement de la Charité plus ou moins modifié, et il a sur lui l'avantage d'être beaucoup moins rude, et, ce qui est à considérer pour la classe ouvrière, beaucoup moins dispendieux.

Ce sont ces motifs qui m'ont engagé à faire connaître le résultat des observations qu'il m'a été donné de faire dans notre ville pendant les mois de juin et de juillet derniers.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la délivrance dans l'avortement (1);

Par M. le docteur Guéniot, chirurgien des hôpitaux.

§ 4.

Déterminer quelle est, dans les différents cas de fausse couche, la meilleure conduite à suivre afin de favoriser l'expulsion complète du placenta et des membranes, ainsi que pour combattre efficacement les accidents que leur rétention a pu occasionner, telle est la donnée générale du problème thérapeutique dont la délivrance abortive demande la solution.

Pour exposer avec quelque clarté cette partie très-complexe du sujet, il importe essentiellement de catégoriser les faits. Or, une division que l'on trouve déjà indiquée dans l'ouvrage de Baudelocque, et qui mérite à tous égards d'être conservée, ainsi que l'a fait Cazeaux, consiste à considérer séparément, au point de vue de la délivrance, les fausses couches des deux premiers mois, celle des troisième et quatrième mois, et enfin celles qui ont lieu dans le cours des cinquième et sixième mois; c'est aussi celle que j'adopterai. — A cette distinction se rattache un point de pratique des plus importants : je veux parler de la durée extrême qu'il convient d'attribuer au travail de la délivrance normale dans les diverses périodes de la grossesse. Chose singulière, cette question que les accoucheurs se sont tant efforcés d'élucider pour la délivrance à terme, loin d'avoir été étudiée et discutée en ce qui concerne la délivrance abortive, n'a pas même encore été formulée. Il est donc indispensable de m'y arrêter un instant.

Pendant les deux premiers mois de la grossesse, ou plutôt *pendant le second mois* (car les avortements des premières semaines passent le plus souvent inaperçus sous la forme de règles abondantes), pendant le second mois de la grossesse, dis-je, l'œuf est ordinairement expulsé en bloc, de telle sorte que délivrance et avortement se confondent rigoureusement en un seul acte morbide. Ce mode d'évacuation de la matrice constitue assurément une règle qui subit peu d'exceptions, lorsque l'œuf n'a pas été rompu par une

(1) Suite, voir la livraison du 15 octobre, p. 305.

intervention inopportune. Or, en pareil cas, le travail abortif ou travail de la délivrance peut être plus ou moins pénible, plus ou moins lent, il peut traîner en longueur pendant un jour, deux jours et plus encore, sans cesser d'être simple et inoffensif pour la femme. C'est même là son caractère habituel. Il convient donc de porter au moins à cette limite générale de deux jours la durée extrême de la délivrance normale.

Au troisième et au quatrième mois de la gestation, il n'en est plus ainsi. Les contractions plus énergiques de l'utérus, d'une part; de l'autre, la résistance moindre des membranes de l'œuf, provoquent ordinairement la rupture de ce dernier et la déplétion de sa cavité à une époque encore peu avancée du travail, c'est-à-dire avant que le délivre soit complétement détaché et le col suffisamment ouvert pour lui livrer passage. De cette circonstance résulte la nécessité d'un nouveau travail, cette fois spécial à la délivrance; et c'est ce dernier qui, souvent très-pénible, devient la source de graves dangers.

Quelle est, dans ce groupe d'avortements, la limite qu'il convient d'attribuer à l'accomplissement du travail de la délivrance normale ? Assurément ce n'est plus celle de deux jours, comme dans la fausse couche des deux premiers mois; mais en la fixant à un nychthéméron, c'est-à-dire aux vingt-quatre heures qui suivent la déplétion de l'œuf, elle se trouve, à mon sens, tout à fait conforme aux données de l'observation.

Quant à la délivrance dans les avortements qui s'effectuent passé le quatrième mois, elle comporte une durée beaucoup moindre encore que la précédente. En effet, quoique très-analogues dans leurs phénomènes aux fausses couches du groupe précédent, celles des cinquième et sixième mois se rapprochent beaucoup des accouchements proprements dits, en ce qui concerne la délivrance. La disproportion signalée entre le volume du fœtus et celui du placenta est moindre qu'elle ne l'était auparavant; la matrice, plus développée, plus musculeuse, et, par conséquent, plus contractile, n'est pas non plus aussi lente à décoller, puis à expulser le délivre. D'ailleurs, le col, plus ramolli, se prête davantage à l'effacement et à la dilatation. Enfin, en cas d'intervention urgente, la cavité utérine, plus spacieuse, pourrait déjà permettre l'introduction de la main. Les mêmes motifs qui font considérer comme tardive ou anormalement lente la délivrance à terme, lorsqu'elle met plus d'une heure ou deux à s'accomplir, doivent donc pareillement faire restreindre la durée *maxima* de la délivrance normale, dans les avortements des cinquième et sixième mois. Une

attente de douze heures après l'expulsion d'un fœtus de cinq mois, et une de six heures seulement, s'il s'agit d'un fœtus de six mois, représentent les limites qui me semblent le mieux concorder avec la généralité des faits normaux. Ce sont elles, en conséquence, que j'adopterai pour les cas en question.

En résumé, *deux jours* pour la délivrance abortive des deux premiers mois; *vingt-quatre heures* pour celle des troisième et quatrième mois ; enfin, *douze heures* pour celle du cinquième mois et *six heures* pour celle du sixième mois : telles sont les limites extrêmes au delà desquelles cesse *généralement* l'état normal et en deçà desquelles, au contraire, l'expulsion du délivre s'effectue d'*ordinaire* avec régularité.

On objectera, sans doute, que la division des avortements en trois ordres ne peut avoir de signification qu'autant que le diagnostic exact de l'âge de la grossesse est bien établi. Or, rien n'étant plus difficile en général que la fixation de ce diagnostic, surtout dans la première moitié de la grossesse, les distinctions précédentes ne trouveraient pas grande application dans la pratique, si l'objection était réellement fondée. Mais celle-ci tombe d'elle-même si l'on considère que la division dont il s'agit n'est qu'approximative, et qu'il lui suffit de ce caractère pour être néanmoins très-utile.

I. — Règle générale, dans tout avortement il est rigoureurement commandé, en ce qui concerne la délivrance, de s'enquérir avec soin de toutes les matières expulsées par le vagin, de se les faire présenter telles qu'elles ont été recueillies et de les examiner ensuite avec attention. La nécessité de cette précaution ressort assez d'elle-même pour qu'il soit superflu d'y insister. Après un interrogatoire sur les circonstances de la fausse couche et une exploration plus ou moins complète des organes de la femme, il n'est pas d'autre moyen que l'examen direct des produits expulsés pour se rendre un compte exact de l'état des choses. Aussi, tant que la délivrance reste incomplète, ne doit-on jamais omettre de faire conserver tout ce qui pourrait être rejeté par le vagin, à l'effet de le soumettre à un examen convenable. Celui-ci, pour être fructueux et autoriser à conclure, exige, bien entendu, la connaissance préalable de la constitution et des caractères physiques du délivre aux diverses périodes de la gestation. De plus, il doit être pratiqué au moyen d'un filet d'eau qu'on laisse tomber à distance sur les matières rendues ; ou mieux encore, ces matières étant plongées dans l'eau d'un vase, on les étale au moyen d'un stylet, d'une pince ou d'un instrument mousse quelconque. La ressemblance de certains caillots avec le

placenta et celle des concrétions fibrineuses avec les membranes rendent cette précaution absolument nécessaire.

II. — Considérés dans leur ensemble, les avortements présentent, au point de vue de la délivrance, des variétés nombreuses. Mais, pour étudier les questions thérapeutiques qui relèvent de ce point de pratique, on peut rapporter toutes ces variétés aux cinq types suivants :

1° L'avortement est fait; la délivrance ne l'est pas ou elle est incomplète, et *il n'existe pas d'accident.*

2° L'avortement est fait; la délivrance ne l'est pas ou elle est incomplète, et *il existe des accidents.*

3° L'avortement est consommé et *l'on doute que la délivrance soit faite ou qu'elle soit complète.*

4° L'avortement est fait; l'expulsion du délivre est *sûrement complète;* mais il existe, par le fait même de la délivrance, des *accidents qui réclament l'intervention du médecin.*

5° Enfin, *l'avortement n'est pas encore consommé;* mais il est plus ou moins avancé, et *reconnu inévitable*, quoi qu'on puisse faire pour l'empêcher.

Voyons maintenant quelles sont, dans chacun de ces cas, les indications qui se présentent et comment on peut les remplir.

1° *L'avortement est fait; la délivrance ne l'est pas ou elle est incomplète, et il n'existe pas d'accident.*

A. — Toutes les fois que le temps affecté à la délivrance ne dépasse pas les limites que nous avons considérées comme étant de règle dans la délivrance normale (c'est-à-dire deux jours pour les avortements des deux premiers mois de la grossesse, vingt-quatre heures pour ceux des troisième et quatrième mois, douze heures pour ceux du cinquième mois et, enfin, six heures pour ceux du sixième mois), toutes les fois, dis-je, que ces limites ne sont pas dépassées, il serait assurément prématuré et inopportun d'intervenir activement. Puisqu'il n'existe pas d'accident et que la délivrance n'est pas encore *tardive*, quelles raisons pourraient autoriser à agir ? Les préoccupations de la famille, l'impatience et les sollicitations de la femme ne sauraient à elles seules, si pressantes qu'elles soient, légitimer l'emploi toujours plus ou moins dangereux des moyens artificiels de délivrance. Pas d'indication, pas d'action ; tel est le principe dont il faut savoir ne pas se départir. Dans le cas supposé, on devrait donc se borner à une simple expectation et proscrire, en conséquence, le seigle ergoté, les remèdes excitants généraux ou spéciaux, l'emploi du crochet de Dugès, de la pince à faux germe, des

injections intra-utérines, etc. Sur ce point d'ailleurs, quoique les accoucheurs ne se soient pas appliqués à préciser les limites dont j'ai parlé plus haut, ils n'en sont pas moins tous sensiblement d'accord; aussi je n'y insisterai pas davantage.

B. — En se conformant au précepte que je viens de formuler, c'est-à-dire en s'abstenant de toute intervention prématurée, la grande majorité des délivrances abortives s'opèrent spontanément dans le délai normal précité. Toutefois, il arrive exceptionnellement que les choses ne se passent pas ainsi, et que l'expulsion complète du délivre se trouve plus ou moins retardée. Le travail de la délivrance est nul, longuement suspendu ou ne se poursuit qu'avec une lenteur excessive. Aucun des accidents ordinaires ne s'est, d'ailleurs, encore manifesté; mais, si cet état se prolonge, on doit en craindre l'apparition presque certaine. Dans ces conditions, que convient-il de faire? Faut-il agir? Faut-il, au contraire, persévérer dans l'expectation et attendre l'explosion des accidents? Tel est le problème à résoudre. Chose singulière, malgré son importance, il n'a pas encore été nettement abordé par les auteurs. Vainement chercherait-on dans les traités ou les mémoires spéciaux quelques données explicites à cet égard. Cependant, si les cas dont il s'agit, c'est-à-dire les *délivrances retardées sans accident concomitant*, ne sont pas très-communs, on peut dire que l'embarras qu'ils causent au médecin est à peu près constant. Comme exemple de ce genre, je citerai le fait suivant, dont la relation détaillée a été publiée dans ce journal, en juin 1863, par le docteur Laborde. (*Bull. gén. de Thérap.*, t. LXIV, p. 550.)

Obs. II. — *Rétention du placenta à la suite d'une fausse couche au cinquième mois de la grossesse. Aucun accident notable pendant les onze premiers jours; puis, hémorrhagie grave et répétée, suivie enfin de l'expulsion du délivre. Guérison.* — Une femme de trente ans, ayant eu déjà neuf grossesses, dont trois seulement étaient arrivées à terme, tandis que les six autres s'étaient terminées par avortement, se trouvait de nouveau enceinte d'un peu plus de quatre mois, lorsque à la suite d'une fatigue corporelle elle fit sa septième fausse couche. L'expulsion du fœtus, qui était mort, n'offrit rien de particulier. Mais le placenta resta adhérent et les faibles tractions exercées sur le cordon n'aboutirent qu'à la rupture de ce dernier au niveau de son insertion. Comme il n'existait d'ailleurs aucun accident, le médecin se tint prudemment dans l'expectation, ou plutôt il fit administrer à faible dose du seigle ergoté. Cette pratique n'eut, en réalité, aucun succès. Mais, quelques caillots ayant été expulsés alors que la malade allait de mieux en mieux, on crut reconnaître les débris du délivre, et, le dixième jour, la femme, se

jugeant hors d'affaire, quitta le lit pendant trois quarts d'heure.

Le lendemain, nouveau lever qui, cette fois, ne put être supporté. Puis, pendant la nuit suivante, survint une hémorrhagie grave pour laquelle on réclama les soins de M. Laborde.

Après examen minutieux, notre confrère fut conduit à supposer que le placenta se trouvait encore retenu dans la matrice; mais aucun signe décisif ne lui permettait d'affirmer qu'il en fût ainsi. C'est dans cette situation, aussi grave qu'embarrassante, que M. Laborde me pria de voir avec lui la malade.

Nous trouvâmes au toucher le col utérin complétement reformé, et permettant à grand'peine le passage du doigt à travers son orifice interne. Toutefois, en pressant d'une main sur la région hypogastrique de manière à abaisser la matrice, je pus explorer en partie la cavité de cet organe. Je trouvai cette dernière partout tapissée d'une membrane lisse et polie comme celle de l'amnios. Aussi pensai-je aussitôt que mon doigt pénétrait dans l'intérieur de l'œuf resté adhérent. En un seul point, je sentis les membranes soulevées, décollées et formant une sorte de phlyctène intra-utérine. Quoique n'ayant pu atteindre ou reconnaître le placenta, je ne doutai guère qu'il fût resté inclus dans la matrice.

Le resserrement de l'orifice interne du col et l'état de rétraction dans lequel se trouvait l'utérus ne permettaient pas de tenter avec fruit l'extraction du délivre. Il nous fallut donc au moins différer, sinon rejeter comme dangereux, l'emploi de tout procédé manuel ou instrumental de délivrance. La malade d'ailleurs ne perdait plus; ses lochies n'avaient jamais eu d'odeur de putréfaction et son état général restait très-satisfaisant. Mais une telle situation n'était pas moins fort périlleuse et nous devions aviser. Nous décidâmes, en conséquence, M. Laborde et moi, que du seigle ergoté serait administré (1gr, 50 à 2 grammes, dans les vingt-quatre heures), en vue de provoquer le décollement de l'œuf. La délivrance, en effet, ne pouvait s'effectuer sans cet acte préalable. Nous crûmes devoir en favoriser ainsi l'accomplissement. Mais pour parer efficacement à l'hémorrhagie qui devait inévitablement se produire, il fut convenu qu'une surveillance scrupuleuse serait observée.

Nos prévisions et nos craintes se réalisèrent bientôt. Une perte redoutable se déclara, et le délivre, en partie expulsé à travers le col, put être extrait sans difficulté par MM. Laborde et Dumoulin. Il avait conservé sa fraîcheur. L'hémorrhagie cessa aussitôt, et la malade, après avoir éprouvé des symptômes d'anémie et de métrite, se rétablit complétement.

Je ne m'arrêterai pas ici sur cette observation, à laquelle je dois faire ultérieurement allusion. Il me suffit de remarquer que pendant onze jours, quoique le délivre fût retenu dans la matrice, aucun accident notable ne se produisit. L'œuf était resté adhérent dans presque toute son étendue, ce qui explique à la fois l'absence d'hémorrhagie et de putridité des lochies. C'est, en effet, à la persis-

tance des adhérences et de la nutrition du placenta qu'est due la bénignité temporaire de ces rétentions prolongées du délivre.

La question une fois bien posée, cherchons maintenant quelle doit être sa meilleure solution thérapeutique. — Quoique, dans les cas supposés, il n'existe pas encore d'accident, le temps de la délivrance normale étant passé, on doit prévoir qu'il en naîtra *presque* infailliblement (1). De plus, les divers moyens d'intervention, s'ils sont jugés nécessaires, deviendront probablement d'autant plus difficiles dans leur application et plus douteux dans leurs résultats, que l'on attendra davantage avant d'agir. Telles sont les deux raisons principales qui militent en faveur d'une intervention préventive des accidents. Comme raisons secondaires, il convient de signaler l'état d'inquiétude de la femme qui sait n'être pas délivrée, et les inconvénients qui, parfois, peuvent résulter pour elle d'une longue prolongation du décubitus horizontal. Car ici, malgré l'absence d'accident, le séjour au lit est de rigueur absolue, quel que soit le temps écoulé depuis l'avortement proprement dit.

D'une autre part, nos moyens d'intervention présentent souvent par eux-mêmes des difficultés et des dangers tels que, n'étant pas forcé d'agir sur l'heure, on peut juger préférable de différer leur emploi. C'est donc, comme on le voit, dans la comparaison de ces deux termes : accidents futurs si l'on s'abstient, et dangers présents si l'on agit, que réside la source des indications et des contre-indications.

Pour rendre cette comparaison fructueuse, il importe d'abord de ne pas oublier ce fait capital, à savoir, qu'une absence complète de symptômes graves, malgré la rétention, depuis trois, cinq, huit jours et plus, du délivre dans la matrice, *ne peut s'observer que dans les cas où le placenta est resté à peu près complétement adhérent.* Dans les cas contraires, en effet, l'hémorrhagie, la putridité des lochies, les frissons, la fièvre, etc., sont des accidents plus ou moins obligés, ce qui constitue une situation tout autre que celle

(1) En effet, la résorption du placenta est un fait trop aléatoire (si tant est que sa possibilité soit même aujourd'hui hors de toute contestation) pour que l'on puisse, dans la pratique, la mettre en ligne de compte. J'en dirai autant de l'expulsion, sans nul accident, des placentas atrophiés dans la matrice à la suite d'une rétention de plusieurs mois. Mais, comme les limites de durée que j'attribue à la délivrance normale sont en partie arbitraires, on conçoit que, passé ce terme, l'expulsion du délivre puisse encore s'opérer spontanément et d'une façon bénigne. Voilà ce qui explique la restriction que j'ai cru devoir exprimer par l'adverbe souligné.

qui est présentement en cause. Il est nécessaire, en outre, de tenir compte de la division en trois, ou plutôt en quatre groupes que nous avons établie plus haut parmi les avortements, et qui est fondée, nous l'avons vu, sur des raisons à la fois anatomiques et fonctionnelles.

A. *Dans les fausses couches des deux premiers mois*, les sinus utérins, encore peu développés, ne fournissent, lors du décollement de l'œuf, qu'une quantité modérée de sang. D'ailleurs, quelque sérieuse que soit l'hémorrhagie, il est toujours possible, à cette époque de la grossesse, de s'en rendre maître au moyen du tamponnement vaginal. Ce dernier peut même n'être que médiocrement serré sans cesser d'être efficace. La femme le supporte ainsi assez longtemps, et en tolère plusieurs réapplications, sans qu'il devienne, par lui-même, une source d'accidents. L'hémorrhagie, dans cette catégorie d'avortements, n'est donc pas, à proprement parler, très-redoutable.

D'autre part, si le délivre, une fois détaché, vient à être emprisonné dans la matrice et à s'y putréfier, il est trop peu compacte, trop friable et trop peu volumineux encore pour n'être pas bientôt désagrégé, puis éliminé par parcelles avec les lochies. Des frissons, de la fièvre, une certaine pâleur de la face, de la diarrhée, la sécheresse de la langue, les divers signes, en un mot, qui annoncent un commencement d'infection putride, pourront sans doute se manifester; mais l'usage des toniques à l'intérieur, une propreté sévère au dehors et l'emploi répété des injections vaginales triompheront vraisemblablement de ces symptômes. Aussi est-il extrêmement rare qu'une femme ait succombé à ces accidents, lorsque d'autres causes morbides ou l'absence de soins convenables ne sont pas venues y joindre leur influence. Dans les avortements des deux premiers mois, les accidents causés par la rétention du délivre n'ont donc pas, en général, cette gravité extrême qu'on observe à une période plus avancée de la gestation, et la thérapeutique peut ordinairement les combattre avec succès par des moyens d'un emploi facile.

Maintenant, si l'on met en regard de ce pronostic les difficultés nombreuses que présente le plus souvent l'application des moyens mécaniques de délivrance, tels que le doigt, les crochets, les pinces, les curettes, les injections intra-utérines ; si l'on songe, de plus, à l'incertitude de leurs résultats et surtout aux dangers de métrite, de péritonite, de perforation utérine, d'hémorrhagie, etc., auxquels ils exposent la femme; si, enfin, l'on considère que, sans être plus efficaces, les agents médicamenteux, tels que le seigle ergoté, cer-

tains emménagogues, les potions excitantes, les alcooliques, les lavements irritants ne sont quelquefois pas moins dangereux que les agents mécaniques, on arrivera nécessairement à cette conclusion pratique, à savoir : *que dans les avortements des deux premiers mois la rétention du délivre, si prolongée qu'elle soit, ne réclame aucune intervention active, tant qu'elle n'est pas accompagnée d'accident.* Elle exige seulement une surveillance constante et particulièrement attentive. Ainsi, pour se mettre en garde contre les effets d'une hémorrhagie soudaine, on tiendra tout préparé un tampon avec les accessoires que son application peut nécessiter. On imposera à la patiente le repos au lit, et, tout en s'efforçant de calmer ses craintes, on veillera à ce qu'elle soit intelligemment assistée. Son alimentation sera substantielle, mais non excitante.

B. *Dans les avortements des troisième et quatrième mois*, l'hémorrhagie provoquée par le décollement placentaire, quoique plus abondante en général que dans la période précédente, peut être également combattue avec succès au moyen du tamponnement vaginal. Plus difficile à réprimer, elle nécessite seulement l'emploi d'un tampon plus serré et, partant, moins supportable.

Mais il ne suffit pas que le placenta soit détaché (ce n'est là que le premier temps de la délivrance), il faut encore que la matrice en soit débarrassée. Or, quand, après l'expulsion du fœtus, le travail de la délivrance ne s'est pas manifesté dans le délai normal de vingt-quatre heures, le col utérin revient promptement sur lui-même, resserre ses orifices et oppose ultérieurement un grave obstacle à l'issue naturelle ou artificielle du délivre. Celui-ci, une fois décollé, s'altère, se décompose et provoque un empoisonnement putride parfois rapidement mortel. Si donc l'hémorrhagie peut être efficacement combattue, il n'en est plus de même de l'infection putride, dont la cause persistante se soustrait trop souvent à nos moyens d'action. De là, en conséquence, une indication bien nette : *celle de prévenir, par une délivrance faite en temps opportun, l'invasion d'un accident aussi redoutable.*

Les dangers de métrite, de péritonite, de phlébite et de phlegmon pelvien, dangers qui sont d'autant plus à craindre que la rétention du délivre est plus prolongée, viennent encore à l'appui de cette indication. Mais les procédés à mettre en usage pour pratiquer la délivrance artificielle sont-ils assez dépourvus de danger pour autoriser leur emploi *en l'absence de tout accident?* Tel est maintenant le point à éclaircir.

Le placenta n'étant pas encore décollé, la première condition à

réaliser pour opérer la délivrance consiste évidemment à en effectuer la séparation. Or celle-ci ne peut être obtenue artificiellement que de deux manières : ou bien par l'emploi d'un moyen mécanique dont l'action s'exerce directement sur le placenta ; ou bien par la provocation des contractions utérines qui opéreront elles-mêmes cette séparation.

Parmi les moyens mécaniques, le premier qui s'offre à l'esprit comme étant de beaucoup le plus facile, c'est assurément le *cordon ombilical* considéré comme agent de traction. Mais si le moyen est des plus faciles, il convient d'ajouter qu'il est aussi des plus illusoires. Très-frêle encore, à cette période de la grossesse, le cordon se déchire infailliblement toutes les fois qu'on veut en user pour entraîner le placenta hors de la matrice. Aussi est-ce un usage aujourd'hui consacré de n'exercer sur lui aucune traction dans ce but, mais de veiller, au contraire, à le conserver, bien intact. De la sorte, il sert à attester la présence du placenta dans l'utérus et à prémunir, dès lors, contre une erreur possible de diagnostic. Il offre, en outre, au chirurgien un guide utile lorsque la délivrance doit être opérée artificiellement. Envisagé comme moyen de traction propre à décoller le placenta, le cordon ne constitue donc pas une ressource sérieuse ; ce serait même une faute que de tenter de l'utiliser à cette fin.

Le *doigt indicateur*, introduit jusque dans la cavité utérine, pourrait, à la rigueur, être employé. Après avoir fait pénétrer le plus doucement possible la main entière dans le vagin, tous les doigts étant fermés à l'exception de celui qui est destiné à agir, on ferait traverser à ce dernier le col utérin ; puis, arrivant jusque sur le placenta lui-même, on tenterait de le séparer en glissant entre lui et la matrice le doigt recourbé en crochet. Pour faciliter cette manœuvre, la vessie et le rectum ayant été préalablement évacués, un aide presse avec la main sur l'hypogastre afin d'immobiliser la matrice et de rendre sa cavité plus accessible. L'opération ainsi réglée est, sans doute, possible dans un grand nombre de cas ; mais, pour que sa réalisation soit avantageuse, il faut : 1° que le col utérin soit assez ouvert pour livrer au doigt un libre passage ; 2° que le vagin permette à la main entière de pénétrer jusque dans le voisinage du col ; 3° enfin, que le placenta se laisse séparer dans sa totalité. Or, la première condition, déjà très-rare quelques heures après la fausse couche, ne se rencontre presque jamais au bout de plusieurs jours. La seconde ne peut se réaliser, à cette période de la grossesse, sans provoquer des douleurs extrêmement vives, ni surtout sans produire des con-

tusions ou des déchirures préjudiciables. D'ailleurs, la main elle-même, mal à l'aise au fond d'un vagin trop peu ramolli, ne permet au doigt de manœuvrer qu'avec une peine infinie. Enfin, la troisième condition, plus importante encore que les deux autres sous le rapport du résultat, est nécessairement toujours plus ou moins problématique. D'où il suit, en définitive, que cette pratique, très-simple en apparence, ne laisse pas que d'être d'une application difficile ou impossible, et presque toujours dangereuse. Quoique, depuis longtemps déjà, j'en aie conçu les détails et imaginé l'emploi sous le nom de *toucher utérin;* quoique, depuis lors, j'aie trouvé cette opération très-explicitement indiquée dans Levret, qui semble la préconiser, je n'hésite cependant pas, aujourd'hui, à la regarder comme une ressource très-précaire et d'une efficacité souvent douteuse.

Les pinces, les curettes, les crochets, seraient-ils d'un usage plus commode, moins dangereux et plus utile que le moyen précédent? D'un usage plus commode, peut-être; parce qu'il suffit de deux doigts dans le vagin pour diriger l'action de ces instruments. Mais il n'est besoin que du plus simple examen pour se convaincre que leur emploi serait, par contre, beaucoup plus dangereux et plus incertain que le doigt prudemment dirigé. Aussi, faire manœuvrer ces instruments dans une cavité étroite, comme l'est celle de l'utérus à trois et quatre mois de gestation, et tenter, par ce moyen, de décoller entièrement le placenta, serait s'exposer, sans motif suffisant, à des accidents aussi graves que ceux mêmes que l'on voudrait conjurer.

Quant aux *injections intra-utérines* employées et préconisées, pour la première fois, par Recolin (1), dans le but d'entraîner quelques débris placentaires putréfiés, elles constituent en réalité une ressource utile pour provoquer la séparation du placenta. Indépendamment de l'action mécanique qu'elles peuvent exercer sur le délivre, elles ont encore pour effet d'exciter la matrice à se contracter, ce qui est une circonstance éminemment favorable. Cependant, comme elles présentent un certain danger de pénétration dans le péritoine, à travers les canaux tubaires; comme, pour diminuer ce danger, il est absolument nécessaire d'employer une sonde à double courant, ce qui atténue beaucoup leur effet; comme, enfin, elles ne mettent pas à l'abri des hémorrhagies résultant d'un décollement incomplet du placenta, ce moyen ne me semble pas encore le

---

(1) *Mém. de l'Acad. roy. de chirurg.*, édit. in-4°. Paris, 1778, t. III, p. 202.

mieux répondre aux indications et, dès lors, il ne saurait être proposé qu'à titre de ressource exceptionnelle.

Comme on le voit, les procédés mécaniques qui agissent directement sur le placenta sont tous plus ou moins inefficaces, difficiles ou dangereux. Voyons si les agents propres à exciter les contractions utérines sont, sous ce triple rapport, sensiblement préférables.

La question me semble facile à juger, relativement à la plupart d'entre eux qui, comme *le froid, l'électricité, les irritations intermittentes* du col utérin, les préparations *d'armoise*, de *rue*, de *sabine*, les *lavements excitants* de toute nature, etc., ne produisent généralement que des effets très-peu marqués, douteux ou nuls. A moins d'une grande susceptibilité de la matrice à se contracter, ce qui n'est guère le cas dans les conditions supposées, puisque cet organe reste inerte, et tolère la présence du délivre pendant un temps excessif, à moins, dis-je, d'une susceptibilité réelle de l'utérus à se contracter sous une faible influence, tous ces agents resteraient presque certainement inefficaces. Leur emploi, d'ailleurs, ne serait pas toujours sans inconvénient. Pour ce double motif, ils me paraissent devoir être rejetés.

Mais, si tel est mon sentiment à l'égard de ces moyens, généralement plus illusoires qu'avantageux, il n'en est plus de même relativement à *l'éponge préparée* et au *tampon vaginal*, ni surtout à deux autres procédés d'intervention, dont l'action puissante mérite un sérieux examen : je veux parler de l'emploi du *dilatateur utérin* et de celui de la *poudre de seigle ergoté.*

En rédigeant cette partie de mon travail, j'avais déjà signalé le dilatateur utérin, comme pouvant être très-heureusement utilisé dans les cas qui nous occupent. Une lettre récente de M. Chassagny, de Lyon, dans laquelle ce laborieux confrère m'adresse une observation intéressante qu'on lira plus loin, me détermine à y insister davantage, et à lui donner une importance plus grande encore que celle que je lui accordais. Qu'il s'agisse de l'instrument de M. Tarnier ou de celui qu'a récemment imaginé M. Chassagny, peu importe; le mode d'action est exactement le même. Je ne puis, d'ailleurs, partager entièrement l'opinion de notre confrère de Lyon sur les avantages du modèle qu'il préfère. La souplesse plus grande de ce dernier est une qualité que je reconnais ; mais elle n'établit entre les deux ampoules (celle de M. Tarnier et celle de M. Chassagny) qu'une différence si minime, que je ne vois présentement aucune utilité à ne pas confondre les deux instruments dans une même étude et sous une même dénomination.

L'ampoule de caoutchouc introduite jusque dans la cavité utérine, puis gonflée avec de l'eau tiède, provoque presque inévitablement, dans le délai de quelques heures, des contractions de la matrice. L'irritation *continue* qu'elle produit sur l'orifice *interne* me paraît être, dans cette circonstance, la cause essentielle de son efficacité ; car l'orifice interne du col est le vrai point irritable de la matrice, comme la région du sphincter anal l'est pour le gros intestin. A ce point de vue, l'éponge préparée *bien appliquée* s'en rapproche ; mais elle ne l'égale ni par la puissance, ni par la douceur de son action. L'ampoule dilatatrice constitue, en effet, une sorte d'œuf artificiel, que l'art substitue à l'œuf naturel trop tôt rompu. Son action se rapproche le plus possible des procédés de la nature. C'est ainsi que non-seulement elle provoque des contractions de la matrice, mais qu'elle concourt encore à agrandir mécaniquement l'ouverture du col. De plus, en obstruant l'orifice, elle peut, jusqu'à un certain point, faire l'office de tampon, et modérer l'hémorrhagie qui accompagne le décollement du délivre. Je dois le dire, cependant, ce dernier effet n'est pas plus assuré par le dilatateur qu'il ne l'est par l'œuf lui-même, lorsque celui-ci est pressé sur le col par les contractions. Et l'on sait que l'hémorrhagie, dans ce cas, peut être grave, sinon par son abondance, du moins par sa durée. C'est donc là une des imperfections de l'ampoule utérine au point de vue de son application à la délivrance abortive. J'ajouterai qu'en sa qualité d'instrument spécial et délicat, exigeant une certaine habitude de maniement, et ne se trouvant que dans les grandes villes, elle n'offre en réalité une ressource excellente que pour les accoucheurs spéciaux. Or, que de médecins, éloignés des centres populeux et privés de nos ressources, sont appelés à assister des femmes en état d'avortement ! Sans doute, de tels inconvénients n'ont rien d'essentiel ; ils peuvent être beaucoup atténués ; ils sont de ceux que la théorie néglige et doit négliger ; mais pour peu que l'on descende aux réalités de la pratique, il est impossible de n'en pas tenir compte lorsqu'il s'agit de formuler des préceptes généraux.

En résumé, le dilatateur utérin, méthodiquement employé, constitue, à mon avis, un moyen précieux d'activer ou de provoquer artificiellement le travail dans la délivrance abortive. De tous ceux que nous avons étudiés jusqu'ici, aucun ne saurait, assurément, lui être comparé sous le rapport de la puissance et de l'innocuité. Toutefois, les inconvénients qu'il présente encore, si faibles et si contingents qu'ils soient, ne permettent pas de lui accorder une préférence tout à fait exclusive. — Pour terminer ce que j'avais à

dire ici de ce procédé d'intervention, je rapporterai l'observation suivante que vient de m'adresser M. Chassagny.

Obs. III. Mme X*** est arrivée au troisième mois d'une seconde grossesse. A la suite d'un effort fait pour prévenir une chute, elle est prise de douleurs de reins ; une hémorrhagie se déclare. Bientôt les douleurs se rapprochent et prennent le caractère de celles de la parturition. L'avortement paraît inévitable; l'œuf commence à faire un peu de saillie dans le col légèrement entr'ouvert; puis, tout s'arrête. La malade a cru se sentir mouillée, la poche des eaux s'est probablement rompue. Le col, cependant, se referme; on peut espérer la rétrocession du travail. Mais bientôt l'écoulement d'un liquide fétide ne laisse plus de doute sur la mort du produit.

Je n'hésite pas à intervenir et à remplir une des indications pour lesquelles j'avais d'avance destiné mon appareil. L'introduction en fut faite avec la plus grande facilité; j'injectai l'ampoule de manière à lui donner le volume d'une orange mandarine. Dix minutes après, les douleurs se réveillent ; elles augmentent de fréquence et d'intensité, et, après cinq heures de durée, le ballon se trouve engagé dans le col très-largement ouvert. Une traction légère exercée sur le tube qui le termine lui fait franchir cet orifice. Les doigts peuvent alors, avec la plus grande facilité, pénétrer dans l'utérus, d'où j'extrais, sans peine, un délivre dont les adhérences avaient sans doute été détachées pendant ce travail artificiel. Il présentait des signes évidents d'une décomposition commençante. Il n'y avait pas de trace d'embryon ; peut-être avait-il été expulsé lors de la rupture de la poche des eaux. Le rétablissement de la malade a été des plus prompts.

A défaut du dilatateur utérin, je l'ai déjà laissé pressentir, on pourra quelquefois utiliser l'*éponge préparée* ou le tampon vaginal, qui sont, en quelque sorte, deux moyens succédanés du précédent. L'éponge, introduite jusque dans l'orifice interne et bien fixée dans le col utérin, présente presque tous les avantages de l'ampoule dilatatrice; mais elle les possède à un moindre degré et se rapproche moins par son action des procédés de la nature. Elle offre, en outre, le grave inconvénient d'être très-difficile à maintenir et parfois même à appliquer. Sans doute, elle agit à la fois comme excitant des contractions et comme agent direct de dilatation; mais, le plus souvent, il est nécessaire de lui associer un tamponnement vaginal plus ou moins serré, lequel s'oppose à toute exploration du col utérin.

Le *tampon*, cependant, présente l'inestimable avantage de protéger la femme contre une hémorrhagie surabondante, ce qu'on ne peut obtenir au même degré par aucun autre moyen. De plus, son action irritante sur la matrice, quoique bornée au museau de

tanche, c'est-à-dire à la partie la moins excitable du col, peut suffire dans quelques cas à déterminer des contractions. De là, deux effets avantageux que ne contre-balancent pas, d'ordinaire, ses deux principaux inconvénients, c'est-à-dire un sentiment de gêne douloureux dans le bassin et une putréfaction plus rapide des excrétions utéro-vaginales. Aussi ne suis-je pas surpris de voir le docteur Suckling proposer, dans un article récent du *Medical Times and Gazette*, le tampon vaginal à l'éponge comme un bon moyen de combattre la rétention du délivre après l'avortement [1]. Mais le tampon, à lui seul, sera souvent impuissant. C'est surtout à titre d'auxiliaire de quelques autres moyens, et comme garant certain contre la métrorrhagie, qu'il mérite d'être rangé parmi les agents précieux de délivrance artificielle. (*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Falsification du safran.

L'Espagne nous envoie si souvent du safran falsifié avec du miel, qu'il nous a semblé convenable d'avoir toujours sous la main un moyen pratique de reconnaître cette fraude.

Nos essais nous ayant conduit à découvrir dans les stigmates du *crocus sativus* une matière sucrée normale analogue à celle qui découle en grande quantité de certains cactus cultivés dans nos serres ou à celle que contient la séve de l'érable, nous avons dû, pour arriver à un résultat, consulter les travaux de MM. Biot, Mitscherlich, Soubeiran, Dubrunfaut, Chatin et Buignet, sur les sucres de canne, de raisin, de fruits, sur le glucose et le miel.

Nous nous sommes assuré que le polarimètre pouvait servir à déceler la présence du miel, mais qu'il était préférable d'employer la distillation et d'opérer de la manière suivante : on lave le safran avec de l'eau distillée froide ou filtrée sans exprimer le résidu, on évapore la colature au bain-marie pour l'amener à consistance de sirop, on lui ajoute une suffisante quantité de levûre pour y développer la fermentation ; lorsqu'elle est terminée, on distille pour retirer l'alcool qui s'y est formé.

Si le safran a été falsifié, on peut, en consultant les belles expé-

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1867, p. 588.

riences de M. Berthelot sur la transformation du sucre en alcool, déterminer d'une manière à peu près exacte la quantité de miel qu'on a employée.

Pourquoi les fraudeurs ont-ils préféré, pour cette œuvre coupable, le miel au sucre ou à toutes autres matières sucrées? C'est que, tout en donnant du poids, le miel a une propriété hygrométrique qui se communique au safran, qui l'empêche de sécher, et lui donne au toucher du moelleux sans adhérence à la main.

La falsification du safran avec le miel a d'autres inconvénients, même lorsqu'il n'est mis qu'en très-minime quantité: il retarde la dessiccation des stigmates si on désire les réduire en poudre, et la poudre se masse ou se moisit si elle n'est pas conservée dans des bocaux bien bouchés et à l'abri de l'humidité.

En parlant du safran, notre bien regretté maître Guibourt disait que le voleur qui arrête un homme sur un chemin est moins coupable que celui qui fraude une substance quelconque: c'est qu'en effet on se met sur la défensive, tandis que le fraudeur agit dans l'ombre et qu'on achète avec confiance.

Bien souvent on a signalé les falsifications qui se pratiquent sur le safran; on peut les connaître en consultant l'ouvrage de M. Chevallier sur ce sujet. On verra qu'on leur a ajouté des pétales de fleurs ou du bois réduit à l'état de filets colorés en jaune. On peut reconnaître cette fraude au moyen de l'eau bouillante, elle décolore les corps étrangers d'une manière complète, tout en leur faisant prendre des formes qui ne sont pas celles des stigmates du *crocus sativus*; ensuite l'œil nu ou le microscope permet souvent de déterminer quel est le corps étranger.

Il n'en est pas de même si le safran est réduit en poudre; cependant nous proposons le moyen suivant pour y arriver.

On prend deux verres à expériences, on y met dans l'un du safran pulvérisé reconnu d'une grande pureté, dans l'autre du safran suspect; on verse dessus 250 grammes d'eau distillée froide, on agite avec un tube en verre de temps en temps pendant huit jours; on filtre au travers d'un papier lavé, puis on compare les deux liquides: l'un des deux sera moins coloré s'il a subi une falsification. Si actuellement on veut acquérir une plus grande certitude, on lave le safran qui est sur le filtre, on le fait sécher à l'étuve, puis on l'examine au microscope. On aura beaucoup de chances, si le safran n'a pas été réduit en poudre impalpable, de reconnaître la texture des corps étrangers.

Actuellement, si on conserve pendant quinze jours les macérations aqueuses avec le safran, on verra la presque totalité du principe colorant se précipiter sous la forme d'une poudre impalpable d'un très-beau jaune, c'est le *polychroïte* de Vogel et de Bouillon-Lagrange, parfumé par un peu d'huile essentielle ; l'eau et le reste du safran retiennent l'autre portion de cette huile volatile.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur le traitement du croup par l'emploi des vapeurs humides de sulfure de mercure.

Monsieur le Rédacteur,

M. le docteur Abeille, dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences et reproduit par la *Gazette médicale,* rapporte des guérisons de croup qu'il attribue à l'emploi d'*inhalation de vapeurs humides de sulfure de mercure* (1). Il ne manque pas de faire ressortir, à ce propos, ce que personne ne conteste, « que la trachéotomie est une opération d'expédient, très-propre à empêcher l'asphyxie, mais impuissante contre le croup lui-même. » De plus, il veut démontrer qu'il y a un traitement qui guérit le croup. — « Il s'agit, dit-il, de retremper la foi et de montrer ce que la médecine peut à elle seule sans le secours de la chirurgie qui ne fait qu'ajouter des dangers aux dangers existants. » M. Abeille se propose de poursuivre cette question à fond, « en face de l'enthousiasme pour une opération qui a plus de brillant que de valeur réelle. »

Le hasard nous ayant fourni l'occasion de contrôler les assertions de l'ancien médecin du Roule, nous vous demandons la permission de communiquer à vos lecteurs les résultats obtenus.

Quelques jours après le commencement de la publication du mémoire de M. Abeille, M. le docteur Ronzier-Joly, de Clermont-l'Hérault, nous appelait dans le petit village de Lieuran-Cabrières, pour pratiquer avec lui la trachéotomie sur une jeune fille de trois ans. Disposé que nous sommes à accepter toute lumière venant de haut et désireux de retremper notre foi si souvent ébranlée, nous proposâmes, malgré l'urgence des indications, les vapeurs cinabrées *hu-*

(1) Voir la dernière livraison, 15 octobre 1867.

mides; mais notre confrère, qui avait vu s'aggraver rapidement l'état de sa malade et qui n'avait dû naguère le salut de son enfant qu'à l'opération, insista pour que ce moyen extrême fût employé sans retard. — L'opération faite, le vaporarium de M. Abeille fut établi; il fonctionna cinq jours durant. Pendant tout ce temps, les fausses membranes qui recouvraient les amygdales restèrent stationnaires; elles ne commencèrent à se déliter que du septième au huitième jour à partir de l'opération (quinzième ou seizième jour du début de la maladie). Plusieurs fois dans cet intervalle, la canule fut enlevée et l'ouverture extérieure de la plaie bouchée : chaque fois l'enfant était menacée d'asphyxie; et ce n'est qu'au dix-septième jour de l'opération, le vingt-cinquième de l'angine couenneuse initiale, que l'on a pu, sans crainte, laisser se fermer l'ouverture trachéale.

Qu'ont produit dans ce cas-ci les vapeurs humides de cinabre? — Elles ont empêché, va-t-on nous répondre, la propagation des fausses membranes au-dessous du larynx, enrayé l'affection. — Nous croyons pouvoir affirmer qu'il n'en est rien, car le cinabre ne s'évapore pas à la température de l'eau bouillante. Pour s'en convaincre, chacun peut faire ce que nous avons fait nous-mêmes : Porter à l'ébullition, dans une cornue de verre munie d'un long tube, de l'eau tenant en suspension du sulfure de mercure. Il sera facile de se convaincre de la sorte que ni dans le tube, ni dans l'eau de vaporisation, ne se dépose la plus petite parcelle du composé mercuriel.

On ne saurait, on le voit, s'entourer de trop de précautions quand il s'agit d'apprécier à leur juste valeur les résultats thérapeutiques que l'on rapporte à des effets médicamenteux, la nature entrant, la plupart du temps, pour une large part dans la guérison des maladies en général et dans celle des maladies épidémiques en particulier.

Vos lecteurs et l'éminent médecin que les intérêts de la vérité et de l'art nous forcent à contredire comprendront pourquoi nous avons relevé cette erreur : une semblable illusion que l'on propage avec tant de preuves et d'autorité peut devenir funeste à plus d'un malade. Il importe d'ailleurs, dans la maladie qui nous occupe, de ne pas fournir, autant que possible, de prétextes à la temporisation et au doute, à propos du seul moyen qui puisse permettre à la nature d'accomplir son œuvre de résistance; assez d'angoisses assaillent le médecin qu'un devoir impérieux oblige à conseiller et à pratiquer au besoin une opération dont les résultats sont si rarement heureux.

Résignons-nous donc, dans les affections diphthéritiques laryn-

gées, à respecter, à augmenter la résistance vitale du malade et à pratiquer la trachéotomie à temps et à propos, en attendant la découverte du spécifique de cette intoxication.

Recevez, etc., Dr BASTARD.

Pézenas, 26 septembre 1867.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur les humeurs normales et morbides du corps de l'homme, professées à la Faculté de médecine de Paris par M. Robin, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc., avec 24 figures intercalées dans le texte.

Lorsque l'anatomie, librement cultivée, permit au médecin de pénétrer dans les profondeurs de l'organisme, et d'étudier dans leur grossière charpente, aussi bien que dans leurs rapports le plus facilement saisissables, les principaux appareils qui le constituent, je m'imagine qu'un spectacle à la fois si merveilleux et si nouveau dut frapper vivement les imaginations, et ouvrir aux médecins, tourmentés du besoin de connaître, la perspective des conquêtes les plus brillantes dans l'ordre de la physiologie, comme dans l'ordre de la médecine proprement dite. Plus tard encore, lorsque l'anatomie pathologique vint révéler à l'observation les altérations variées que laissent dans les organes les maladies sous l'influence desquelles la vie s'est lentement ou rapidement éteinte, un tel spectacle dut frapper les imaginations plus vivement encore, et laisser pressentir l'avénement prochain d'une science toute resplendissante de vérités. Ces pressentiments ont été en partie réalisés, mais en partie déçus, et le plus grand effort de la science aujourd'hui encore et sa plus laborieuse enquête consistent à interpréter ces données que la nature, dans son infatigable fécondité, reproduit tous les jours, et à en faire sortir une synthèse correcte de la vie pathologique ou morbide. Depuis quelque vingt ans, la chimie organique, étendant la portée de ses propres et originales recherches par l'usage méthodique du microscope, s'applique à pénétrer plus avant dans les profondeurs de l'organisme : et immenses, illimitées, sont les espérances que quelques-uns ont conçues de l'avenir de la biologie. Au premier rang de ces laborieux chercheurs, de ces Colombs intrépides qu'aucune mésaventure n'arrête, et qui marchent toujours en avant, inébranlablement convaincus qu'ils sont qu'en suivant

leur voie ils arriveront, dans l'ordre de la vie hygide ou pathologique, à quelques vérités concrètes qui illumineront tout à coup les phénomènes appartenant à *ce mode spécial, particulier, de la matière*, il faut, sans contredit, placer M. le professeur Ch. Robin. Un peu plus circonspect dans la forme, mais aussi explicite dans le fond que les Moleschott, les Büchner, etc., le savant professeur de la Faculté de médecine de Paris, plongeant plus avant dans l'organisme que ses prédécesseurs, qui n'en ont guère qu'égratigné la surface, parviendra-t-il enfin à déchiffrer l'énigme qui a lassé, sans jamais les décourager, tant de générations d'hommes de génie? Pour nous, nous sommes convaincu que cette affirmation qu'on formule *à priori*, que *la vie n'est qu'un mode de la matière*, et dont on poursuit seulement la vérification en interrogeant les choses, nous sommes convaincu, disons-nous, que cette affirmation restera constamment à l'état de simple *postulat*, par la raison décisive qu'une erreur capitale, de quelques arguments spécieux qu'on l'enveloppe, ne se convertira jamais en vérité.

Maintenant, est-ce à dire qu'un esprit aussi élevé que M. Robin, aussi tenace, aussi patient en la recherche, parcourra la voie laborieuse en laquelle il s'est engagé, sans servir la science, sans rencontrer d'utiles vérités qui assureront à son nom une gloire immortelle? Il faudrait fermer les yeux sur les plus brillantes conquêtes de la science contemporaine pour désespérer jusque-là des efforts laborieux d'un si sagace esprit. En parlant succinctement du livre que vient de publier M. Robin, et qui n'est que la reproduction de leçons professées par lui, pendant ces dernières années, à la Faculté de médecine de Paris, nous montrerons clairement qu'en poursuivant la solution d'une question par une voie qui n'y peut conduire, on trouve quelquefois, on pressent plus souvent sur sa route des solutions qui peuvent utilement reculer les bornes de la science et l'art même qui l'applique. Voilà tout au moins l'impression que nous a laissée la lecture de cet intéressant ouvrage; et nous espérons que ce sera aussi celle que retiendront de cet article succinct les lecteurs de ce journal.

Comme le nouveau travail de notre illustre confrère se compose, en très-grande partie, d'analyses dans lesquelles sont émiettés, si nous pouvons ainsi dire, soit les solides, soit surtout les liquides qui entrent dans la constitution de l'organisme, on conçoit que nous ne puissions suivre ici le savant auteur dans son œuvre si laborieuse : rien que pour indiquer, de la manière la plus sommaire, les divisions et les subdivisions en lesquelles les nécessités d'une

semblable étude ont forcé M. le professeur Robin à fragmenter son œuvre, les pages dont se compose un numéro de ce journal ne nous suffiraient pas. Qu'on nous permette donc seulement de choisir entre ces études analytiques, qui toutes se remarquent autant par l'importance des résultats auxquels elles conduisent que par la sûreté et l'ingéniosité des méthodes suivies, celles qui nous paraissent surtout devoir fixer l'attention des médecins praticiens. L'étude du sang, qui figure en première ligne dans ces leçons consacrées essentiellement à l'hygrologie, est celle dans laquelle M. Robin nous semble avoir émis les idées les plus originales. Ces idées, les médecins contemporains qui ont à cœur les progrès de l'art dans ses utiles applications au traitement des maladies devront y réfléchir d'autant plus sérieusement qu'elles n'appartiennent point à la pure spéculation scientifique, mais qu'elles concluent hardiment à une conception souvent toute nouvelle de la maladie, partant à une thérapeutique radicalement différente de la thérapeutique ordinaire suivie vis-à-vis de ces affections. Voyez, par exemple, ce que dit M. Robin sur les conditions de formation, relativement au milieu interne, des calculs du rein, de quelques-uns des calculs biliaires. Suivant cette pathogénie, ces dépôts se font dans les voies d'excrétion qu'ils traversent, parce que le liquide nouveau dans lequel les substances cristallisables arrivent ainsi ne trouve pas, dans ce milieu, les conditions de solubilité qu'elles rencontraient au sein du plasma sanguin. Ce plasma, constitué surtout par l'albumine et la fibrine, et rendu par là même spontanément ou artificiellement coagulable, mais incristallisable, maintient les substances calcaires, etc., à l'état de dissolution ; mais aussitôt qu'elles sortent de ce milieu, elles se précipitent. Qu'on nous laisse citer ici un court passage de l'ouvrage du savant professeur, la question en vaut la peine. « Ces substances (albumine et fibrine), dit-il, ont la propriété de dissoudre certains composés qui ne sont pas, ou du moins qui sont très-peu solubles dans l'eau. C'est ainsi que l'albumine a la propriété de fixer, en les rendant liquides comme elle, non pas en grande quantité, mais plus que l'eau, de la silice, du phosphate, du carbonate de chaux, des urates, etc. » Maintenant, continue M. Robin, « lorsque le rein vient à excréter outre mesure de ces principes peu solubles dans l'eau, comme ils passent du sang, qui renferme beaucoup de substances coagulables, dans l'urine qui n'en renferme pas du tout, ils se déposent dans le rein à l'état de graviers ou de calculs. » Voyez encore la théorie stœchiologique du choléra, telle que l'esquisse, çà et là, le professeur de la Faculté de

médecine de Paris. Le miasme cholérique, en impressionnant le sang de son action mystérieuse, lui fait subir une modification isomérique telle, qu'il ne fixe plus la même quantité d'eau que dans l'état normal, et que celle-ci fuit, comme par une sorte de cataclysme, à travers les capillaires du tube digestif.

Nous ne savons le sort réservé, dans l'avenir, à ces conceptions théoriques hardies; ces actions de contact, qui sont aussi mystérieuses que la force vitale dont on se moque comme d'une pure chimère, ne se laissent guère mieux saisir ; mais cela ne nous empêche pas de bien accueillir ces vues originales qui, si elles ne sont pas la vérité, peuvent y conduire en ouvrant à l'esprit d'invention des perspectives nouvelles. N'oublions jamais que c'est en croyant aller au *pays des épices*, que le célèbre Génois découvrit le nouveau monde. De telles aventures flattent peu l'esprit humain, mais elles lui apprennent, tout en lui révélant la courte portée de ses vues, à ne jamais désespérer.

Nous pourrions, butinant çà et là dans ce livre, où il est touché à tant de questions, multiplier beaucoup les remarques que nous venons de présenter, et toutes seraient de nature à provoquer la méditation des esprits qui se surprennent quelquefois à rêver d'une autre science dans les ténèbres, dans le chaos d'une science en éternelle incubation. Nous nous persuadons que ce que nous avons dit suffira pour stimuler la curiosité des esprits insatisfaits, et qu'ils voudront méditer le livre lui-même ; ils y trouveront une substantielle pâture pour les plus hardies curiosités de l'esprit. Comme nous n'avons pu, en face d'un travail de si longue haleine, et dont l'objet se déroule nécessairement en une foule de détails infinis, qu'indiquer en quelque sorte cet objet, et mettre seulement sous les yeux du lecteur quelques courts spécimens qui en marquent les tendances, nous signalerons au moins, en finissant, quelques parties du livre où les vues de l'auteur, la doctrine à laquelle il aspire, se traduisent le plus clairement, et qu'il est utile, avant tout, de méditer, pour ne point trop s'exposer à s'égarer sans profit au milieu de cette *forêt* de faits, pour employer un mot de Bacon, de ce savant fouillis où, sans l'imputer à l'auteur, les clairières sont assez rares.

Il faut d'abord commencer par le commencement : c'est une large et riche introduction, où M. Robin rattache les leçons qu'il publie aujourd'hui à celles qui les ont précédées immédiatement, où il montre les rapports qui lient les unes aux autres, et comment elles se complètent. Il ne faut pas trop s'effaroucher de la façon

quelque peu hautaine avec laquelle M. le professeur Robin traite le passé de la science ; la girouette humaine est en ce moment fixe en cette direction. Toutefois, ne nous livrons pas tout à fait, attendons : la plus vulgaire prudence commande tout au moins cette réserve. En tout cas, il y a là un tableau, incomplet, il est vrai, de la biologie, telle que la conçoit l'école positiviste, mais suffisant pour en bien faire saisir l'esprit. Beaucoup hésiteront, nous en sommes sûr, à croire, sur la foi de cette philosophie, que la vie ne soit rien de plus qu'un mode spécial de l'existence de la matière, et nous nous mettons au premier rang parmi ces hérésiarques-là ; mais n'importe, cette protestation, que nous croyons légitime, ne doit pas faire fermer les yeux aux recherches laborieuses entreprises dans cette direction ; et ce qu'elles apportent de vérité, il faut le recueillir religieusement au profit de la science de l'avenir.

Après avoir lu cette introduction, on pourra immédiatement passer aux *remarques générales* qui terminent l'ouvrage, et où, dans une vue synthétique très-courte, l'auteur montre ce que c'est, dans l'état actuel de la science, que l'anatomie générale, comment cette anatomie, c'est la médecine même, quand elle nous fait toucher du doigt les aberrations de la nutrition, et indique en même temps à la thérapeutique ces données comme les seules bases sur lesquelles elle peut et doit se développer. Nous le répétons encore une fois, étudions, méditons ces laborieuses enquêtes ; les résultats certains auxquels elles ont conduit, assimilons-les-nous, mais sachons faire crédit au temps pour le reste. Cette réserve eût été sage précaution, il y a cent ans, appliquée à certaines conceptions scientifiques qui s'affirmaient tout aussi explicitement que celles dont il s'agit en ce moment : qui répondrait que la même circonspection, appliquée à ces dernières, ne sera pas regardée dans cent ans comme une égale prudence ?

BULLETIN DES HOPITAUX.

Albuminurie. — Traitement par la diète lactée. — Modification spéciale du précipité albumineux. — Guérison. — Un homme de trente-six ans, emballeur, entre à la Charité le 4 septembre 1867, salle Saint-Charles, n° 14, service de M. Peter, professeur agrégé, suppléant M. Monneret.

Cet homme, qui est né à Paris, raconte qu'après avoir eu une

santé assez médiocre dans sa jeunesse, il prit depuis quinze ans plus de force et d'activité. Malgré cela il aurait eu, il y a trois ans, une fluxion de poitrine à gauche; cette affection aurait récidivé il y a trois semaines, et motivé l'application d'un vésicatoire sur ce côté.

Or déjà, à ce moment, s'annonçait le cortége des accidents actuels: ceux-ci débutaient par un œdème considérable qui, après s'être montré tout d'abord à la face, se généralisa rapidement.

Le malade nia avoir eu aucune hématurie, aucune douleur lombaire, ni même aucun phénomène de réaction générale.

On ne trouve non plus dans les commémoratifs rien qui explique l'étiologie d'une semblable affection : pas de refroidissement apparent, ni de sueur supprimée; pas non plus d'alcoolisme, bien que, sur ce dernier chef, il nous soit resté quelques doutes.

Ce malade présente actuellement encore un œdème notable de la face; mais c'est surtout aux membres inférieurs et aux bourses qu'on le constate : il y a là un gonflement énorme, pâle et mou, gardant bien l'impression du doigt, sous la pression duquel il se déplace facilement. La même hydropisie occupe et distend considérablement les bourses; il paraît y avoir peu d'ascite.

L'auscultation révèle un œdème pulmonaire manifesté par des râles sous-crépitants abondants et pressés à la base des deux poumons, surtout à droite. Le foie est peu volumineux. Le cœur fait entendre, à la base et au premier temps, un souffle doux en rapport avec l'anémie du sujet.

Cet homme est, en effet, très-pâle, de cette pâleur de cire qui n'appartient qu'à l'anasarque. Il est d'ailleurs sans fièvre, et accuse même un certain degré d'appétit.

Il n'a jamais présenté le moindre phénomène qui puisse être rapporté à un trouble cérébral, sauf un peu d'agitation et d'insomnie. Un peu de sensibilité est mise en jeu par la pression des hypocondres et de la région lombaire.

Les urines, examinées par la chaleur et par l'acide, indiquent, par l'un et l'autre réactif, un abondant précipité d'albumine épaisse et blanche se prenant en un caillot volumineux et solide.

Il n'offre aucun trouble digestif, et n'a jamais présenté de symptôme cérébral, sauf un peu d'insomnie.

On lui prescrit l'application de douze ventouses sur les reins, un bain de vapeur et la diète lactée, dont il commence l'usage seulement le 6 septembre.

Dès le lendemain, ce régime provoque une remarquable diurèse et l'albumine diminue notablement dans l'urine.

Les urines, examinées le surlendemain, présentent, à l'observation, des résultats qui appellent spécialement mon attention : traitées par la chaleur, elles n'indiquent qu'un léger trouble, tandis que l'acide nitrique produit encore un abondant précipité, précipité qui augmente avec la quantité d'acide que l'on ajoute, du moins jusqu'à ce qu'une proportion élevée en ait été employée.

Les jours suivants, la chaleur ne donne plus aucun précipité, aucune réaction ; mais lorsque l'on vient à verser dans l'urine de l'acide nitrique, au contact des premières gouttes d'acide, il s'échappe de la liqueur d'assez nombreuses bulles de gaz, et, en ajoutant plus d'acide, un trouble se produit qui devient bientôt un véritable précipité.

Peu à peu cette réaction elle-même s'amoindrit à tel point que, le 15 septembre, l'urine essayée par la chaleur ne donne rien, puis, traitée par l'acide, fait effervescence, après quoi elle ne prend qu'un louche très-peu accusé ; et le louche même s'évanouit dans un excès de réactif.

En même temps qu'une modification si remarquable se produisait dans les caractères de l'urine, l'anasarque avait complétement disparu ; les bourses ne présentaient plus d'œdème, et on ne constatait plus qu'une légère suffusion séreuse aux membres inférieurs.

Le 17 septembre, sous l'influence d'un refroidissement brusque et considérable de la température, sans que le malade ait éprouvé de notable refroidissement, l'albumine reparaît dans l'urine avec ses caractères ordinaires, et sous l'influence de la chaleur seule se coagule en abondance. L'œdème reste à peu près stationnaire.

Le 18, l'urine, traitée par la chaleur, ne donne qu'un léger trouble, que l'acide n'augmente que médiocrement.

Le 19, nouvel afflux d'albumine coagulant par la chaleur aussi bien que par l'acide. L'œdème est stationnaire.

Cinq jours après, le 24, le malade se sent parfaitement ; toute trace d'œdème a à peu près disparu. L'état des urines est redevenu ce qu'il était le 15, c'est-à-dire qu'elles sont insensibles à la chaleur et ne donnent que par l'acide un précipité presque imperceptible, tout au plus un léger nuage.

Le malade exige alors sa sortie.

Les faits qui se sont passés sous mes yeux dans cette circonstance m'ont paru mériter la plus sérieuse attention.

La médication lactée est, en effet, une de ces méthodes simples et naturelles vers lesquelles la thérapeutique est certainement entraînée de nos jours. Mais si simple et si naturelle que soit cette

méthode, si rationnelle qu'elle paraisse lorsqu'on la compare aux moyens hygiéniques dont elle se rapproche le plus, elle ne tarderait pas à tomber dans un discrédit fâcheux, si l'on se bornait à la prescrire empiriquement dans certains états morbides complexes, sans chercher à se rendre compte de la façon dont elle agit, des effets immédiats qu'elle est capable de produire, et des indications qui, plus spécialement, doivent en déterminer l'usage.

Or, je crois avoir saisi, dans le cas actuel, un de ces effets immédiats du régime lacté, dans la modification particulière que les urines ont présentée sous son influence; modification que j'ai constatée à plusieurs reprises, chaque jour même, et qu'il nous reste à interpréter actuellement.

Or, tout nous portait à chercher, parmi les substances albuminoïdes, quelle était cette substance qui ne précipite plus par la chaleur et précipite par l'acide, tout en exigeant pour cela une notable quantité de réactif. Les premières parties, en effet, doivent agir sur les sels, probablement les carbonates, puisqu'elles les décomposent avec effervescence.

La première idée qui vint à l'esprit fut que cette substance pouvait être de l'albuminose. Mais cette opinion ne pouvait être admise, puisqu'il est reconnu que l'albuminose n'est pas précipitable par les acides.

L'albuminose hors de cause, on pouvait croire que cette substance représentait une des modifications de l'albumine, qui, non coagulables par la chaleur seule, se coagulent, ou tout au moins se troublent, sous l'action de la chaleur, avec le concours d'un acide : telles sont la paralbumine et la métalbumine. Cependant on peut objecter, à cette manière de voir, que la chaleur ne suffisait pas à produire un trouble véritable dans les urines que nous avons examinées, même en présence d'un peu d'acide, et qu'une quantité considérable de ce dernier réactif était nécessaire, même en présence de la chaleur, pour déterminer la réaction.

Or, il y a une substance albuminoïde qui, non coagulable par la chaleur, est précipitable par les acides : c'est la caséine. La caséine, en effet, disent nos maîtres en chimie, est une substance albuminoïde soluble dans les liqueurs alcalines et dans les solutions de carbonates alcalins. Un acide quelconque, sauf deux ou trois exceptions, précipite cette substance de ces dissolutions, et celle-ci peut se redissoudre dans un excès d'acide. (Pelouze et Fremy.) Tels sont les caractères du précipité que nous avons obtenu dans le cas actuel. Il est donc permis de conclure que c'est en effet la caséine

dont nous avons constaté la présence dans l'urine de notre malade.

Or, depuis longtemps déjà N. Guillot et F. Leblanc avaient constaté la présence de la caséine dans le sang des enfants à la mamelle. Il est certain que cette matière doit se retrouver dans le sang des sujets qui sont placés dans les mêmes conditions d'alimentation, dans un but thérapeutique ou autre. C'est là sans doute que les reins puisent cette substance pour l'éliminer, au lieu et place de l'albumine qui semble leur faire défaut.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, et si justifiée qu'elle paraisse par l'induction scientifique et l'observation du cas actuel, il ne faudrait pas l'étendre à tous les autres avant qu'une expérimentation plus multipliée autorise une semblable conclusion.

Un fait même, que j'ai pu observer parallèlement, a suffi pour me préserver d'une généralisation qui eût été une erreur.

En face du malade ci-dessus décrit était couché un tuberculeux âgé de vingt-quatre ans, entré au numéro 7 de la salle Saint-Charles, le 2 septembre. Cet homme présentait les signes physiques d'une affection tuberculeuse des deux poumons, et en particulier les signes d'un ramollissement du sommet du poumon droit. Mais ce qui avait déterminé son entrée à l'hôpital, c'était une anasarque qui, ayant débuté il y a six mois, donnait lieu, à son entrée, à un énorme œdème des deux jambes, à une légère suffusion de la face et du tronc, enfin à de l'œdème des deux poumons.

Cet homme fut mis le 5 à la diète lactée et en fit usage jusqu'au 24, moment de sa sortie. Pendant ce temps, l'anasarque disparut; il n'y avait plus, le 16 septembre, qu'une légère suffusion séreuse au voisinage des malléoles. Or, malgré cette amélioration si remarquable des accidents hydropiques, l'albumine persista dans l'urine avec ses caractères normaux, donnant par la chaleur et par l'acide un précipité dont l'abondance fut à peine diminuée par l'action de ce traitement.

Dans ce dernier cas, le rein, probablement altéré dans sa structure, peut-être par la présence d'un produit diathésique, a persisté à sécréter de l'albumine, même en présence de la diète lactée ; tandis que, dans le précédent, altéré seulement dans sa fonction, il avait simplement séparé du sang le principe albuminoïde qui s'y trouvait contenu à l'état où il avait été absorbé.

Faudra-t-il donc ajouter que ce n'est que dans l'albuminurie aiguë que le fait que j'ai constaté peut se produire ?

Autant de questions dont je me propose de poursuivre la solution par l'expérience, et sur lesquelles on ne saurait donner d'autre ré-

pense. Le fait en lui-même, ignoré jusqu'ici, je pense, sera connu désormais, et il m'a paru assez intéressant dans sa particularité pour appeler l'étude. Puisse-t-il, encore une fois, contribuer à sanctionner l'utilité d'une méthode thérapeutique que je crois féconde, mais au sujet duquel il importe autant, au point de vue de la science, d'en déterminer les effets, qu'il est nécessaire, au point de vue de la pratique, d'en poser nettement les indications.

A. Ferrand,
Chef de clinique adjoint de la Faculté.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi de l'acide chlorhydrique dans la dyspepsie. En 1850 et 1851, M. Caron a publié, dans le journal de Malgaigne, deux articles sur l'efficacité de l'acide chlorhydrique pur, administré à l'intérieur dans un certain nombre d'affections gastro-intestinales. Après avoir rappelé ce qui a été dit sur ce sujet par divers auteurs, et rapporté quelques observations personnelles, il conclut : que l'acide chlorhydrique, incolore et chimiquement pur, peut être impunément pris à l'intérieur, quand il est étendu dans un véhicule convenable, et que, dans certains cas graves, dans le choléra épidémique, par exemple, on a pu, sans danger, en élever la dose jusqu'à 15 et 20 grammes dans les vingt-quatre heures.

L'acide chlorhydrique agit sur l'estomac comme un tonique stimulant; il facilite la digestion stomacale en aidant à la dissolution des substances albuminoïdes; il tend à régulariser la sécrétion du suc gastrique, dans les cas où ce fluide est altéré soit pour la quantité, soit pour la qualité; son action excitante sur l'intestin corrige la disposition à la constipation, si fréquente dans la dyspepsie; enfin, il exerce une action tonique sur l'économie en général.

M. Malherbe (de Nantes) s'en loue beaucoup dans tous les cas d'atonie de l'estomac, et il a obtenu des résultats si rapides et si satisfaisants, que les malades se croyaient guéris. Dans les états cachectiques, même avancés, il remonte parfois les fonctions digestives languissantes pour un temps assez long, et retarde ainsi l'issue fatale quand elle ne peut être évitée. Dans les maladies diathésiques, la tuberculose par exemple, qui se compliquent si souvent de dyspepsie, alors même que les organes digestifs ne sont pas matériellement atteints, il vient puissamment en aide aux moyens dirigés contre la maladie principale à une époque où on peut espérer d'enrayer ses progrès.

Pour administrer l'acide chlorhydrique à l'intérieur, il convient de l'étendre dans un véhicule qui sera tantôt le vin de quinquina, tantôt le vin de colombo ou de rhubarbe, auxquels il sera souvent convenable d'ajouter quelque substance narcotique, par exemple, un peu d'opium. La formule suivante, donnée par M. Caron, est, depuis longtemps déjà, employée à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

P. Vin de quinquina au bordeaux....... 100 grammes.
Sirop thébaïque... 30 —
Acide chlorhydrique pur........ 1 —
Mêlez.

Cette mixture peut être prescrite à la dose de 2 à 6 cuillerées à bouche par jour. Le plus ordinairement, on en prescrit avant chaque repas, une cuillerée à bouche, additionnée d'une égale quantité d'eau froide, pour modérer l'action parfois assez vive qu'elle exerce sur l'isthme du gosier. Pour les personnes très-délicates et pour les jeunes enfants, il faut encore atténuer les doses ou augmenter la proportion d'eau. C'est en présence des faits que le médecin appréciera l'utilité de ces modifications.

On peut aisément remplacer, dans cette formule, le vin de quinquina par le vin de colombo ou par le vin de rhubarbe, qui trouvera son application dans les cas de constipation opiniâtre. Pour les personnes qui ne supportent pas la plus légère dose d'alcool, on pourra adopter un véhicule aqueux ou sirupeux, mais on se trouvera toujours bien d'associer à l'acide chlorhydrique quelque substance tonique fixe ou aromatique et une très-petite dose d'opium. (*Journal de médecine de l'Ouest.*)

Du traitement du croup par l'émétique à haute dose. M. Bertholle vient de publier cinq observations de croup guéri par l'émétique uni à l'emploi de l'alun, et, rappelant les faits déjà publiés par MM. Notta, Bouchut, etc., engage ses confrères à renouveler ses essais. Il n'a aucune crainte de l'action contro-stimulante du tartre stibié, et il a remarqué que la tolérance s'établit presque toujours chez les enfants aussi facilement, sinon plus facilement que chez l'adulte. Malheureusement il y a des faits assez nombreux qui prouvent le grand danger de l'émétique à petite dose chez les enfants, et, à plus forte raison, à haute dose dans le croup. Notre recueil en contenait dernièrement des exemples dus à la pratique de M. Dechaux, de Montluçon (1), et nous avons nous-même traité cette question dans ce même journal (2). Nous croyons avoir prouvé que le tartre stibié, à dose rasorienne, n'est pas approprié à la nature de la diphthérie, maladie dans laquelle tout effet dépressif doit être soigneusement évité. Ce que l'on cherche dans les vomitifs, c'est l'effet successif pour aider à l'expulsion des fausses membranes. Nous avons dans l'ipéca le vomitif successif par excellence, et il n'est nullement dépressif. C'est, du reste, ce qui est enseigné depuis longtemps à l'hôpital des Enfants, et depuis que j'ai été témoin de deux cas de choléra stibié foudroyants, je ne prescris l'émétique chez les enfants qu'avec la plus grande réserve. (*Union médicale.*)

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXI, p. 89.

(2) *Nouvelles remarques sur l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le traitement du croup*, par F. Bricheteau (*Bulletin de Thérapeutique*, mai 1862).

De l'emploi des injections hypodermiques de morphine pour modérer les douleurs de l'accouchement. Le professeur Lebert a publié un article sur l'*emploi sous-cutané de la morphine comme moyen de modérer les douleurs de l'accouchement et surtout les contractions spasmodiques....* « Après avoir, dit-il, employé toutes sortes de substances par la méthode sous-cutanée dans différentes affections, et cela avec le plus grand succès, il me vint à l'esprit qu'on pourrait de cette manière modérer d'une manière sensible les douleurs de l'accouchement, et procurer du soulagement non-seulement dans les cas de contractions trop pénibles, mais là aussi où des contractions spasmodiques entravaient le travail. » Il fit donc des expériences à ce sujet à la clinique du professeur Betschler et voici ses résultats, qu'il considère comme bien plus inoffensifs que l'inhalation de chloroforme ou d'éther. D'après lui, ce serait d'abord la meilleure manière de combattre le *rhumatisme utérin* et *ses suites*. Jusqu'à présent il a pratiqué exclusivement des injections de morphine ; en général, elles furent très-bien supportées ; elles le furent surtout et à plus haute dose par des femmes en travail que par des personnes bien portantes. D'une solution de 0gr,10 de chlorhydrate de morphine pour 5 grammes d'eau, il injectait 15 à 20 gouttes, et après quelques heures, si cela était nécessaire, ce qui était rarement le cas, il répétait l'injection. L'endroit le plus facile et le plus commode qu'il recommande, c'est la face interne de l'avant-bras. Voici ce qu'il observait d'ordinaire : un quart d'heure, au plus tard une demi-heure après l'injection, les douleurs sont très-amoindries. Il faut surtout chercher à choisir la période du travail de dilatation où les contractions commencent à devenir très-douloureuses. — Avant la dilatation de l'orifice, il est aussi indiqué d'injecter, lorsqu'au toucher l'on constate que les bords de cet orifice sont durs, rigides, et qu'il existe un état de spasme. M. Lebert a observé, ce qui ne manque pas d'un certain intérêt, qu'après un quart d'heure, une demi-heure de repos, il survenait de la somnolence, et même un sommeil tranquille, sans dégoût, vomissements ou céphalalgie, comme cela arrive quelquefois après les injections de morphine. Il observa très-peu d'aug-

mentation dans la fréquence du pouls. « A part les contractions spasmodiques, il croit pouvoir conclure que les contractions ne furent ni plus accélérées ni plus ralenties ; mais le moment où la tête franchit la vulve fut beaucoup moins douloureux. » M. Lebert ajoute à ce sujet qu'il serait bon, dans les cas où le seigle ergoté paraît indiqué, d'injecter l'ergotine, et, il croit qu'on obtiendrait un effet plus rapide qu'en l'administrant par la voie ordinaire, c'est-à-dire par l'estomac. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

Du suc du cotyledon umbilicus contre l'épilepsie. Employée jadis à ce titre par les médecins, tombée en Espagne et en Portugal dans le domaine de la pratique vulgaire, qui lui accorde une efficacité très-sérieuse, cette plante était à peu près inusitée chez nous, lorsque M. Fonssagrives a eu la pensée de l'employer chez un épileptique dont les accès quotidiens résistaient sous ses yeux à tous les moyens ordinaires. Les attaques s'éloignèrent au bout de quelques jours, l'intervalle qui les séparait arriva progressivement à une durée de quinze jours, de deux mois, de six mois, de plus d'un an, et quand on le perdit de vue, il pouvait être considéré comme guéri. M. Fonssagrives a conseillé ce moyen si simple, si inoffensif et si peu dispendieux à bon nombre d'épileptiques Quelques-uns ont guéri : chez presque tous il y a eu une amélioration extrêmement notable, et qui s'est traduite par une moindre fréquence et une moindre intensité des attaques. Je n'ai pas eu, dit notre distingué collaborateur, le loisir de faire de relevés, ni de recueillir d'observations, mais ma conviction est entière sur ce point, et je communique à mes confrères cette *impression* clinique pour qu'ils en fassent tel usage qu'ils voudront. Une cuillerée par jour du suc d'une plante répandue partout, sans valeur commerciale, inoffensive, constitue tout ce traitement, dont la durée prolongée pendant un an au moins, avec quelques interruptions, assure la réussite. Un chimiste très-habile, M. Hétet, analysant cette plante sur ma demande, y a constaté des quantités notables de propylamine, et il m'a montré un flacon rempli de très-beaux cristaux d'un chlorhydrate de cette base, obtenus en traitant le suc du *cotyledon*. Est-ce à la propylamine qu'il faut rapporter son action ? Je l'ignore, mais je tenais à signaler un fait thérapeutique qui a son importance. (*Gazette hebdomadaire.*)

Traitement des névralgies par l'électricité. Le traitement des névralgies par l'électricité n'est pas chose nouvelle, et il n'est guère aujourd'hui de praticien qui n'ait vu des accès très-douloureux suspendus presque instantanément par la faradisation Mais il y a électricité et électricité, et beaucoup trop de médecins, il faut bien l'avouer, ont sous ce rapport une certaine lacune dans leur instruction thérapeutique : ou ils emploient l'électricité empiriquement, sans distinction de doses, de durée d'action, de nature et de direction des courants, ou bien, ne l'employant pas du tout, ils se privent d'une ressource précieuse et favorisent ainsi l'industrie des électriseurs ambulants, qui transportent de ville en ville leurs bobines incompétentes. L'électricité est un moyen thérapeutique utile, mais qui exige, pour donner ce qu'il vaut, qu'on en ait fait une étude attentive. Le docteur Onimus vient d'insister, par exemple, sur ce fait que l'électricité à courant continu jouit d'une action anesthésique remarquable, mais à la condition que le courant appliqué sur les nerfs sensitifs ait une direction inverse à celle du courant propre à ces nerfs, c'est-à-dire marche de la périphérie vers le centre. Dirige-t-on le courant dans le même sens, il y a, au contraire, hyperesthésie. Employer des courants très-faibles, placer l'électrode positif au-dessus de l'électrode négatif et se servir de préférence de l'appareil Remak, telles sont les recommandations faites par ce praticien et auxquelles il convient de se conformer dans le traitement des névralgies. On voit que cette pratique ne ressemble guère à celle qui est la plus usitée, et qui, consistant dans une faradisation plus ou moins énergique de la peau au niveau du nerf malade, semble compter beaucoup plus sur une révulsion que sur une modification imprimée aux courants nerveux eux-mêmes. Il en est de l'électricité comme de l'hydrothérapie, c'est un moyen complexe qui, suivant son mode d'application, peut devenir l'instrument des médications les plus diverses. (*Gazette hebdomadaire.*)

Nouvelle opération d'ovariotomie. Nous avons à enregistrer un nouveau succès de cette opération dû à un de nos habiles confrères de la province, le docteur Bonafos, médecin en chef de l'hôpital civil de Perpignan. Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, atteinte d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. Une ponction donna issue à un liquide du poids de 5 kilogrammes, épais, filant, noirâtre, mélangé de caillots albumineux; mais la tumeur ne tarda pas à se reproduire. L'ovariotomie proposée fut acceptée d'emblée par la malade et pratiquée le 9 mai. L'opération fut habilement exécutée, et on aura une idée du volume de la tumeur quand on saura que le poids du kyste, vide de liquide, pesait 1500 grammes. Les suites de l'opération furent assez compliquées, il y eut de la fièvre, des vomissements, et, chose importante et rare à noter, une suppuration des deux parotides. Etait-ce une métastase, comme on voit des ovarites, des mammites, à la suite des oreillons? C'est ce qu'il est difficile de déclarer, mais le fait doit être mentionné. Malgré ces accidents, la guérison survint rapidement. Le douzième jour, la cicatrisation de la plaie était complète; le quatorzième jour, la malade se levait, et dès lors la convalescence amena promptement une guérison radicale. (*Montpellier médical.*)

Traitement de la coqueluche par les inhalations. Le docteur Steffen, de Stettin, a tenté cette méthode dans plusieurs cas de coqueluche, dans lesquels il a noté aussi minutieusement que possible tous les accès, tant sous le rapport du nombre que de leur intensité. Dans deux cas, les inhalations furent commencées dès que l'on constata le caractère spasmodique de la toux. Chez les autres malades, l'affection avait déjà une durée plus longue, variable de trois à neuf semaines; mais dans tous, elle était encore dans la période de développement ou au moins arrivée à son summum. Dans aucun cas, les inhalations ne provoquèrent l'accès de toux. Elles furent faites avec divers liquides, eau pure et chargée de principes médicamenteux.

Dans tous les cas, les inhalations produisirent moins une diminution dans le nombre des accès qu'une diminution rapide de leur intensité. Partout la durée de l'affection parut un peu diminuée, dans quelques cas même sensiblement. Ce qui produisit l'effet le plus marqué, c'était la *solution de tannin laudanisée*. D'ordinaire le docteur Steffen faisait faire chaque jour une inhalation de dix minutes avec une solution composée de : eau, 60 grammes; tannin pur, 0gr,25; teinture d'opium, 5 gouttes, et il faisait inhaler ce mélange jusqu'à un tout petit reste. Jamais il n'observa des suites désagréables. Pour les petits enfants, il les faisait mettre sur les genoux d'une personne adulte, les faisait crier, et avec un peu de patience, il arrivait facilement à les faire inhaler par les inspirations profondes qui suivaient les cris.

Dans d'autres cas, il s'est bien trouvé aussi d'inhalations d'huile de térébenthine, tant pour la fréquence que pour l'intensité des accès. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

Traitement des varices par les injections de liqueur iodo-tannique. Le docteur Rouby a décrit dans sa thèse inaugurale ce procédé, dû à MM. Barrier et Desgranges, de Lyon.

Il consiste à injecter dans les paquets variqueux non pas du perchlorure de fer, dont l'activité peut avoir des inconvénients, mais la liqueur iodo-tannique découverte à Lyon en 1854, par MM. Socquet et Guillermond, et dont 100 grammes représentent :

Iode . . .	5	grammes.
Tannin. . .	45	—
Eau . . .	50	—

D'après M. Desgranges, la dose de 5 à 7 gouttes de cette solution, équivalentes en force hémoplastique à 2 ou 3 gouttes de perchlorure de fer à 30 degrés, est la plus convenable. M. Delore est allé jusqu'à 15 gouttes et M. Rouby jusqu'à 70, 72 et 84 gouttes sans qu'il en soit résulté le plus petit accident.

Les observations consignées dans le travail de M. Rouby établissent qu'on a pu faire sur le même membre : 18 fois une seule injection; 21 fois 2 injections; 30 fois 3 injections; 2 fois 4 injections et une fois 5 injections; le tout sans autre effet que la phlébite nécessaire. La moyenne des doses employées par M. Rouby a été de 12 à 15 gouttes.

L'instrument dont s'est servi l'au-

teur est la seringue de Pravaz, à laquelle il est bon d'associer la canule-trocart de M. Maisonneuve.

Cette canule, munie d'une pointe acérée, pénètre facilement dans les tissus, et, comme son calibre n'est point obstrué par un mandrin, le sang peut jaillir aussitôt que la pointe a transpercé les parois de la veine, ce qui ne laisse aucun doute sur le fait capital de la pénétration. Dès lors l'opération se poursuit comme dans le procédé ordinaire. On bouche la canule avec l'index de la main gauche pour empêcher l'écoulement du sang; avec la main droite on saisit la seringue chargée et complètement privée d'air; on la visse rapidement sur le trocart; puis, faisant mouvoir le piston, on injecte dans le piston la liqueur coagulante. Or, 12 gouttes étant une dose convenable, il suffit d'imprimer douze demi-tours aux oreilles qui surmontent la tige du piston, pour introduire cette quantité de liquide.

Lorsque l'injection est faite, le trocart retiré, on place sur la piqûre un petit boûrdonnet de charpie maintenu au moyen d'une bandelette de diachylon. On enlève d'autre part la bande roulée qu'on avait placée autour de la cuisse pour faire gonfler les veines et on la remplace par deux bandelettes de diachylon placées à 5 centimètres au-dessus et au-dessous de la petite plaie, afin d'emprisonner le coagulum; la constriction inférieure surtout est utile ici, le caillot étant tombé deux fois, en l'absence de cette précaution, de la partie supérieure à la partie inférieure de la veine.

Traitement de la gale par le styrax. Le Conseil de santé militaire en Prusse, pour trouver le *meilleur traitement de la gale chez les militaires*, a fait faire dans différentes garnisons des expériences comparatives avec divers médicaments, expériences d'après lesquelles il faudrait donner la préférence au *styrax liquide*. Le *petroleum*, si recommandé par les Belges, n'a pas donné de résultats satisfaisants. Par contre, des essais répétés avec le *baume de Pérou* ont partout été suivis de succès bien nets. Malheureusement le prix relativement trop élevé du médicament le fit rejeter par le Conseil; il s'agissait de trouver un remède plus pratique sous ce rapport et qui jouît au même degré des propriétés toxiques nécessaires pour détruire l'acarus. Or, d'après le rapport du docteur Pastau, *sur le styrax liquide*, il se trouverait que cette substance est tout aussi efficace que le baume de Pérou, d'un prix bien moins élevé, et présente encore cet avantage qu'il ne gâte point le linge et dispense même d'un bain à la fin de la cure. Deux frictions doivent déjà suffire pour détruire sûrement l'acarus et ses œufs. A la suite de la recommandation de M. Pastau, on soumit dans l'hôpital militaire de Magdebourg cinquante-cinq soldats galeux au traitement exclusif par le styrax liquide, et les résultats confirmèrent parfaitement ce qu'avait annoncé le docteur Pastau. Le styrax étant trop ferme pour être employé seul, on y ajoute de l'huile d'olive, soit une once de styrax avec 4 drachmes d'huile d'olive, et on emploie ce mélange pour deux frictions. Ce mélange est assez liquide, d'une odeur non désagréable, facile à employer; 5 drachmes doivent suffire amplement pour une friction. La friction doit être faite avec beaucoup de soin; il faut en couvrir toute la surface cutanée, à l'exception de la tête, et ne négliger aucun pli de la peau. Toutes les femelles d'acarus que l'on retira des canalicules vingt-quatre heures après la friction furent trouvées mortes. Cependant, pour être plus sûr du résultat définitif, il vaut mieux pratiquer une deuxième friction au bout de douze ou vingt-quatre heures. Au commencement et à la fin, des bains de propreté sont indiqués; « mais comme traitement ils sont absolument inutiles. » — *Pendant* la cure il faut défendre aux malades de se laver, pour prolonger le contact du remède avec la peau. « *Jamais on n'observa d'effet irritant du styrax sur la peau.* » Quant à l'eczéma produit par l'acarus, il ne s'en trouve pas modifié : le styrax ne fait que détruire les animalcules. Mais ce résultat une fois obtenu, il suffit de patienter; l'éruption disparaît d'elle-même; les conduits, ainsi que les vésicules, se dessèchent; le prurit cesse, mais après un laps de temps qui naturellement varie selon l'intensité de l'éruption. Lorsqu'une fois on eut acquis une assez grande assurance dans le traitement, on le formula ainsi : *seulement deux frictions*, une le matin, l'autre le soir, chacune avec un mélange d'une demi-once de styrax et 2 drachmes d'huile d'olive; le lendemain on renvoyait les malades, malgré la persistance de

l'eczéma. Avec un degré moyen d'intensité, la peau redevenait nette après deux ou trois semaines. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques. M. Georges Lewin, médecin en chef de l'hôpital de la Charité de Berlin, traite la syphilis par des injections hypodermiques d'une solution de sublimé mélangée d'une petite quantité de morphine La dose du sel mercuriel, pour une injection, varie de 6 à 12 milligrammes; les extrêmes de la quantité nécessaire à la guérison ont été de 25 milligrammes à 30 ou 40 centigrammes, et la moyenne de 11 à 12 centigrammes et demi. Quinze jours en moyenne ont suffi pour le traitement complet. Le nombre des malades traités a été de sept cents, tous présentant les symptômes bien caractérisés de la syphilis constitutionnelle.

A première vue, ce procédé paraît simple, dépourvu des inconvénients attachés à l'administration ordinaire des sels mercuriels, à cause de leur action perturbatrice sur les fonctions digestives, parfois si intense, que l'on est obligé d'interrompre la prescription de ces agents. Les résultats annoncés sont rapides et avantageux; l'expérimentation a été faite sur une assez large échelle; l'absorption est évidemment mieux assurée de cette manière, elle doit se réaliser avec plus de régularité; de plus, l'auteur de la communication est un médecin considéré et bien placé pour observer et contrôler les effets des divers genres de traitements antisyphilitiques. Tout serait donc pour le mieux, et il ne resterait plus qu'à abandonner, du moins pour la majorité des cas, l'ancien mode d'administration des préparations de sublimé, pilules ou solution, si le travail de notre honorable confrère de Berlin était plus explicite N'eût-il pas été avantageux, par exemple, de savoir avec précision et en détail quels ont été les effets locaux? Le sublimé, chacun le sait, est une substance essentiellement irritante pour les tissus avec lesquels elle est en contact, surtout quand ces tissus sont mis à nu; cet agent peut même être regardé comme exerçant, dans une certaine mesure, une action véritablement caustique. Nous aurions été curieux de savoir si l'injection hypodermique de cette substance énergique n'a jamais déterminé la production de phénomènes locaux plus ou moins fâcheux, et si cette méthode ne présente pas de nombreuses contre-indications.

L'auteur n'aurait-il pas également dû exposer les effets généraux du sublimé ainsi employé, et notamment en ce qui concerne le système gastro-intestinal, les glandes salivaires, etc.? Quelques renseignements sur la rapidité de l'absorption et sur ses résultats physiologiques consécutifs n'auraient pas été dénués d'intérêt et même d'utilité pratique. Cette absorption se fait, suivant toute apparence, avec une grande promptitude; bien que les doses conseillées soient minimes, ne peut-il pas survenir, chez certains sujets particulièrement susceptibles, une intoxication grave et contre laquelle l'art serait à peu près complétement désarmé?

M. Lewin ne nous fournit aucune donnée sur l'état des syphilitiques traités de cette manière Quels étaient les divers symptômes dont ils étaient porteurs? A quelle période de la maladie étaient-ils parvenus? Quelle était dans l'ensemble la gravité de leur situation? Avait-on antérieurement employé sur eux d'autres agents thérapeutiques? Toutes questions sur lesquelles nous n'avons aucun éclaircissement. Il eût été pourtant facile de donner satisfaction à des désirs du genre de ceux que nous mentionnons, en divisant les sept cents malades soumis à ce mode de traitement en plusieurs grandes classes. Pour chacune de ces catégories principales, l'expérimentateur aurait décrit les résultats locaux et généraux considérés dans l'ensemble, en faisant ressortir çà et là les particularités les plus intéressantes.

Quinze jours, en moyenne, ont suffi pour le traitement complet, c'est l'auteur qui l'affirme. En présence d'un résultat si merveilleux, nous ne pouvons entièrement réprimer un certain sentiment de méfiance, tandis que nous aurions été tout à fait rassuré à cet égard si notre confrère de Berlin nous avait indiqué nettement à quels signes il avait reconnu que la guérison était parachevée, et surtout s'il lui avait été donné de suivre pendant un temps plus ou moins long un grand nombre

de ces malades après leur sortie de l'hôpital de la Charité. En d'autres termes, de quelle manière M. Lewin a-t-il acquis la conviction que la guérison était durable et, partant, positive? Nous l'ignorons. (*Académie de médecine* et *Montpellier médical*.)

Du traitement médical consécutif à l'opération de la kélotomie. Le traitement médical consécutif à l'opération de la kélotomie, quoique à peine signalé dans nos traités de chirurgie, est cependant un sujet d'une extrême importance, et qui divise les chirurgiens. Ainsi, nous voyons en France le plus grand nombre, suivant en cela l'exemple de Dionis et Sabatier, faire suivre cette opération de l'administration d'un purgatif, tandis que les chirurgiens anglais et quelques chirurgiens français, parmi lesquels je citerai Monod, Letenneur, Demarquay et Le Fort, repoussent complétement cette pratique, comme inutile et même nuisible, pour lui substituer l'emploi de l'opium à hautes doses. D'autres enfin, moins absolus, tels que Verneuil et Désormeaux, par exemple, pensent que ni l'une ni l'autre de ces médications ne doit être adoptée d'une façon exclusive, et que chacune d'elles peut rencontrer des indications dans la pratique.

Se fondant sur plusieurs faits observés dans les hôpitaux de Paris et de Tours, le docteur Louis Thomas (de Tours) pense que l'emploi des purgatifs après l'opération de la kélotomie doit être complètement abandonné, car ils peuvent, si l'intestin est perforé ou sphacélé, provoquer un épanchement intra-péritonéal rapidement mortel, et, dans les cas les plus simples, favoriser l'extension au péritoine de l'inflammation de l'intestin hernié. La péritonite est en effet la cause la plus fréquente des insuccès après la kélotomie, et c'est à prévenir le développement de cette fâcheuse complication que doivent tendre tous les efforts des chirurgiens.

La première indication, pour empêcher l'extension au péritoine de l'inflammation de l'intestin hernié, est de chercher à maintenir celui-ci, après sa réduction dans la cavité abdominale, dans le repos le plus absolu. De cette façon on limite à une petite portion du péritoine un contact irritant, on favorise la résolution de l'inflammation de l'intestin, et, en cas de perforation, la formation d'adhérences qui peuvent prévenir un épanchement intra-péritonéal et par suite le développement d'une péritonite foudroyante.

C'est par l'emploi de l'opium à hautes doses qu'on peut espérer remplir cette indication et placer l'intestin dans ces conditions d'immobilité et de repos si favorables à la guérison.

Employé presque généralement par les chirurgiens anglais, après l'opération de la kélotomie, l'opium à hautes doses a été d'abord administré en France, dans les mêmes circonstances, par Letenneur et Monod. Demarquay a emprunté à ce dernier cette pratique, et il en a fait connaître les heureux résultats dans un article inséré dans le numéro du 15 octobre 1860 du *Bulletin de Thérapeutique*, sous le titre : « Remarques sur les bons effets de l'opium employé à doses fractionnées comme traitement consécutif à l'opération de la hernie étranglée. » Monod, qui attribue à un chirurgien allemand, Pauli, la priorité de cette médication, procède, ainsi que Demarquay, de la façon suivante: les opérés sont soumis pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures à une médication calmante par l'opium à doses fractionnées, 10 centigrammes en dix pilules prises dans les vingt-quatre heures.

Cette médication a donné les meilleurs résultats entre les mains de Monod et Demarquay, et a ensuite été adoptée par quelques autres chirurgiens français, parmi lesquels je citerai M. Léon Le Fort.

L'emploi de l'opium à hautes doses a pour effet, comme on le sait, de diminuer les sécrétions de l'intestin et d'en supprimer les contractions. A ce titre, il favorise la résolution de l'inflammation de l'anse intestinale étranglée et réduite; il limite son contact à une très-petite portion du péritoine, et favorise, en cas de perforation, la formation d'adhérences en ce point. Enfin, tous les chirurgiens qui ont employé l'opium après l'opération de la kélotomie ont signalé le bien-être relatif des opérés comparativement à ceux auxquels on a administré des purgatifs. (*Bulletin de la Société médicale d'Indre-et-Loire.*)

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 15 octobre 1867, rendu sur la proposition de l'amiral ministre de la marine et des colonies, M. Le Conte (Edouard-Sébastien), médecin de première classe de la marine, médecin-major du *Chamois*, a été nommé au grade de chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur : 11 ans de services effectifs, dont 5 à la mer et 5 aux colonies.

Ministère de la guerre. — Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à l'École du service de santé militaire de Strasbourg, à la suite du concours de 1867.

Élèves en médecine : 1 Mendeville, 2 Benech, 3 Cabanié, 4 Reverchon, 5 Belleau, 6 Romain. 7 Kueuemann. 8 Franck, 9 Barthulomot, 10 Camus, 11 Blanc. 12 Henne, 13 Chupin, 14 Rosé, 15 Ga dit Gentil, 16 Caron, 17 Hoingne, 18 Langlois, 19 Mathelin, 20 Grouille, 21 Brochard, 22 Chatain, 23 Audet, 24 Guilloz. 25 Rullier. 26 Bedel, 27 Gircourt, 28 Quinot, 29 D'Hubert. 50 Moser, 51 Duc, 52 Bolland, 53 Boudon, 54 Gremion-Menuau, 55 Huguenard, 56 Gross, 57 Maury, 58 Saurey, 59 Salivas, 40 Pilliard, 41 Lesbros, 42 Gerbault, 43 Ebstein, 44 Fournié, 45 Weil, 46 Benoît, 47 Cerviotti, 48 Malinas, 49 Laval, 50 Noquet, 51 Alirol, 52 Auban, 55 Apostoli. 54 Coustillier, 55 Klein, 56 Sieffert, 57 Pouchet, 58 Corlieu, 59 Allot, 60 Maire, 61 Ucciani, 62 Robuchon, 65 Isambert, 64 Ballard, 65 Colueune, 66 Chapuzet, 67 Baux, 68 Feuvrier, 69 Combier, 70 Ricochon, 71 Le Moaligon, 72 Daymard, 73 Petit, 74 Alban, 75 Dufuur, 76 Bussard, 77 Oger, 78 Opermann, 79 Morin, 80 Rigaud, 81 Ferrandi, 82 Jourdan, 83 Lucciana, 84 Deckherr, 85 Passabosc, 86 Martin, 87 Agut.

Élèves en pharmacie : 1 Ribollet, 2 Bousson, 3 Licutard, 4 Weil, 5 Baillon, 6 Hirtzmann, 7 Brenac, 8 Andt, 9 Bréant, 10 Roman, 11 Dauphin, 12 Demandre, 13 Jannot, 14 Breuil, 15 Lecerf.

Le concours pour l'internat en médecine a commencé le 21 octobre. Les candidats ont eu à traiter, comme composition écrite, le sujet suivant : *Artères de l'intestin. Signes et diagnostic des hémorrhagies intestinales.* Le jury est composé de MM. Duplay, Gallard, Nonat, Jarjavay, Trélat, Féréol et Le Fort.

Le jury pour le concours de l'externat se trouve composé de MM. Ollivier, Constantin Paul, Cadet de Gassicourt, Guéniot, Benjamin Anger, Peter et Duplay.

M. le docteur Lagarosse, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est nommé directeur-médecin de l'asile de Rodez, en remplacement de M. Barrey, décédé.

M. le docteur Espiau de Lamaestre, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), en remplacement de M. le docteur Lisle, démissionnaire.

M. le docteur Faucher, médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac.

M. le docteur Reverchon, ancien interne de l'asile Saint-Athanase, à Quimper, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes.

Dans sa dernière séance, la Société de thérapeutique a nommé membres titulaires : dans la section de thérapeutique, MM. Cadet de Gassicourt, Archambault, Lhéritier, Géry, Dujardin-Beaumetz ; dans la section de pharmacie, M. Lefort.

La Société de médecine de Versailles avait mis au concours cette question : « Du service médical des pauvres en France, tant à la ville qu'à la campagne, et de la façon dont il devrait être établi pour répondre à la fois aux nécessités des malades indigents et aux exigences légitimes des médecins. »
Le prix a été décerné à M. Gyoux, de Saint-Jean-d'Angély.

Pour les articles non signés. F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi des pessaires en éponge dans les affections utérines;

Par le docteur Noël Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu,
membre de l'Académie de médecine.

Le rôle des pessaires a été depuis quelques années considérablement restreint dans le traitement des maladies utérines. On avait sans aucun doute exagéré l'importance des déplacements, des déviations et des inflexions morbides de l'utérus. Il est incontestable que ces anomalies de position et de forme peuvent exister sans provoquer de troubles notables dans la santé; il me semble, cependant, qu'après leur avoir fait une part trop grande dans la pathologie de la femme, on en a trop amoindri la signification, et trop affirmé l'innocuité. Nous ne devons pas, assurément, revenir au temps où, quand on trouvait l'utérus un peu incliné sur son axe, on voyait dans ce fait une maladie qui réclamait toutes les ressources de la mécanique; mais il faut se rappeler que ces ectopies, ces inflexions anomales, portées à un certain degré, sont presque toujours le signe ou au moins la trace d'un travail morbide localisé dans l'utérus ou dans les tissus voisins. Dans le premier cas, bien que consécutives, elles peuvent contribuer à prolonger la maladie, en déterminant des troubles circulatoires qui résultent du changement apporté à la direction des troncs vasculaires; et lors même que le travail morbide a cessé d'être actif, lorsque la nutrition est rentrée dans l'ordre physiologique, ces changements dans la forme et dans la situation de l'utérus, inoffensifs pour beaucoup de femmes, peuvent faire naître chez d'autres des sensations morbides. Ainsi, chez une hystérique, un utérus allongé, déplacé, trop mobile, peut, sur le vagin hyperesthésié, sur les nerfs de l'appareil générateur, tiraillés ou comprimés, produire une irritation qui se révèle par des douleurs et par des troubles fonctionnels.

Il y a incontestablement des cas où l'utérus abaissé doit être soutenu par un pessaire. Nous admettons que cet abaissement reconnaît le plus souvent pour cause une affection de l'organe qui exige un traitement plus directement adressé à la cause de l'abaissement; mais les moyens mécaniques qui ramènent l'organe à sa situation naturelle, qui l'y maintiennent, qui le placent dans des conditions plus favorables à la régularité du mouvement circulatoire, peuvent être de puissants auxiliaires de ce traitement. D'ailleurs, l'op-

portunité de son intervention est, dans beaucoup de cas, démontrée par la sensation des malades qui se trouvent soulagées. Cette sensation doit toujours être interrogée avec soin par le médecin ; souvent elle décidera si l'usage du pessaire doit être continué ou abandonné.

Dans beaucoup d'affections utérines, l'immobilité de l'organe est, à une certaine période, une condition nécessaire ou au moins très-utile à la guérison. Quand ces affections ne présentent pas un caractère d'acuité qui commande un repos absolu, il devient souvent indiqué de concilier l'exercice que réclame la santé générale avec l'immobilité de l'organe malade. Une ceinture bien faite peut, dans un grand nombre de circonstances, satisfaire à cette double indication ; mais il en est d'autres où il faut immobiliser le segment inférieur de l'utérus, le soutenir, prévenir la pression qu'il pourrait exercer sur le vagin hyperesthésié, ou les tiraillements que son augmentation de volume ferait sentir aux nerfs de ses ligaments. Dans ces conditions, les pessaires peuvent rendre des services considérables.

De tous ceux qui ont été imaginés, un des plus simples et des plus anciens est le pessaire à éponge ; souple, élastique, presque sans valeur, l'éponge se trouve partout ; elle peut recevoir la forme qu'on désire lui donner et servir de véhicule à des topiques destinés à modifier les organes génitaux. Elle s'accommode avec une extrême facilité à toutes les variétés de forme et de volume que peuvent présenter l'utérus et le conduit vaginal. Ainsi, dans le cas d'utérus conique, on choisira l'éponge en champignon, on en élargira la dépression centrale qui recevra la saillie du col ; dans la rétroflexion, on donnera à l'éponge une forme en éventail, laissant une saillie centrale mesurée de manière à supporter le museau de tanche, en même temps que le limbe de l'éventail soutient le cul-de-sac postérieur. S'agit-il d'une cystocèle, d'un prolapsus utérin, on pourra soutenir l'éponge à l'aide d'une baleine recourbée fixée à une ceinture, ainsi que je l'ai vu faire par mon ami regretté le docteur Abendroth, de Dresde.

Mais, à côté de ses avantages incontestables, l'éponge offre des inconvénients qui l'ont fait abandonner par un grand nombre de médecins et lui ont fait chercher des succédanés moins simples et d'un emploi moins facile. Le principal est qu'elle fait souvent, dans la station, saillie à travers l'orifice vulvaire ; elle s'imbibe alors d'urine pendant la miction, et non-seulement ce liquide contracte rapidement une horrible fétidité, mais il devient offensif pour

la muqueuse vaginale, par ses produits ammoniacaux et putrides. J'ai cherché à remédier à cet inconvénient, et je crois y avoir réussi à l'aide d'un moyen bien simple : après avoir taillé une éponge et avoir traversé son extrémité inférieure avec un ruban de fil, je plonge son tiers inférieur dans de la cire jaune fondue, puis je la retire pour la laisser refroidir ; je la replonge et la retire encore à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'elle soit revêtue d'une couche épaisse de cire qui la rend imperméable dans les points qu'elle recouvre, tandis que les deux tiers supérieurs conservent leur souplesse et leur expansibilité.

Pour que cette opération réussisse, il faut que l'éponge soit parfaitement sèche. Il m'a semblé que l'enduit formé était plus solide et plus résistant quand on plongeait préalablement l'éponge dans une solution d'alun et qu'on la faisait sécher ensuite avant de la plonger dans la cire fondue. Ainsi préparée, l'éponge ne s'imbibe pas d'urine, et la partie supérieure, restée perméable, peut porter sur le col utérin et sur la muqueuse vaginale des liquides médicamenteux. Ainsi, dans un cas d'hyperesthésie hystérique de l'utérus et du vagin, je me suis bien trouvé de la plonger dans une solution de bromure avant de l'introduire; elle portera de même sur ces parties des liquides narcotiques ou astringents.

La simplicité du pessaire à éponge ainsi modifié me semble lui mériter la préférence, au moins dans la pratique nosocomiale, sur les pessaires en caoutchouc, dont je ne conteste pas l'utilité dans certains cas, mais dont la forme est invariable, qui sont beaucoup plus dispendieux, et laissent trop souvent échapper le gaz qui les distend ; enfin ils ne peuvent pas servir de véhicule à des modificateurs topiques et remplir une indication à laquelle le pessaire était déjà adapté dans les temps hippocratiques, où on faisait un fréquent usage des trochisques et des pessaires médicamenteux.

Pathogénie et traitement rationnel de la dysenterie ;

Par le docteur A. DE BEAUFORT.

A côté de l'intoxication tellurique qui produit les fièvres intermittentes, s'en place une autre, de même nature, qui produit la *dysenterie*. D'après mes observations, la condition générale du développement des miasmes générateurs de ces maladies est à peu près la même : chaleur et humidité du sol. Si l'humidité est inconstante avec une chaleur forte et constante, les fièvres intermittentes

règnent; si l'humidité est constante avec une chaleur inconstante et variant brusquement, la dysenterie règne. Le fonds commun d'où partent les effluves est la matière végétale en décomposition.

Le caractère capital qui différencie le poison dysentérique du poison des fièvres paludéennes est que ce dernier se détruit dans l'organisme, tandis que le premier, à la manière des ferments, tend à se propager dans de nouveaux individus. Ainsi, les matières des selles dysentériques sont contagieuses, comme celles du choléra et de la fièvre jaune, et servent à répandre la maladie loin du foyer d'infection primitif et créer de véritables foyers d'infection secondaires. Deux fois il m'est arrivé de constater ce phénomène de la manière la plus positive dans des lieux où ne régnait point la maladie et où elle avait été importée par des sujets infectés bien loin.

Une fois absorbé, le poison dysentérique agit sur le sang, les excrétions et le système nerveux. Un des premiers phénomènes qui en résultent est la congestion permanente du système porte; nous l'avons vue également dans les fièvres intermittentes [1], mais d'une façon intermittente et principalement au moment des accès. Le foie, qui ne reçoit plus une quantité normale de sang, est troublé dans ses fonctions, et la sécrétion biliaire est de beaucoup diminuée. La nature des selles, que tout le monde connaît, permet d'affirmer la diminution de la bile dans le conduit intestinal.

Les excrétions intestinales éliminatrices sont également altérées et prennent pour caractère une acidité exagérée qui les rend irritantes pour les membranes muqueuses, surtout sur les follicules à l'orifice desquels se produisent, dans le gros intestin, de véritables ulcérations. Les excrétions pseudo-membraneuses, qui sont un des caractères de la maladie, résultent encore de l'action du mucus altéré sur les matières albumineuses coagulables.

Cette action irritante se localise spécialement sur le gros intestin, parce que, dans l'intestin grêle, se trouve encore assez de bile pour neutraliser son effet, tandis que, vers l'extrémité inférieure du tube digestif, ce liquide faisant défaut, les sucs irritants conservent toute leur puissance. En tenant compte de l'état congestionnel primitif du système veineux, on s'explique très-bien l'extravasation sanguine et l'inflammation qui ne tarde pas à s'emparer de la muqueuse du gros intestin. Ce qui prouve la vérité de mes

---

(1) *Considérations sur la pathogénie et le traitement rationnel de la fièvre intermittente.* (*Bull. de Thérap.*, sept. 1867, p. 270.)

assertions, c'est qu'aussitôt que les selles dysentériques changent d'aspect, que de muqueuses elles deviennent bilieuses par le retour de la sécrétion hépatique et la détente de la congestion du système porte, la maladie marche rapidement vers la guérison.

Comme dans la fièvre intermittente, partant de l'examen des phénomènes physiologico-pathologiques, j'ai dû en déduire une thérapeutique rationnelle de la maladie qui m'occupe. Les indications qui se présentent sont simples à remplir : 1° évacuer le mucus intestinal altéré, l'absorber ou détruire son principe irritant ; 2° faire cesser la congestion intestinale qui est en grande partie entretenue par le stimulus des matières liquides que contient l'organe.

La première indication se remplit à l'aide des évacuants et des absorbants alcalins. Chaque matin, j'administre un sel neutre à la dose de 15 à 20 grammes, et, dans la journée, *à doses fractionnées*, je donne la craie et le sous-nitrate de bismuth mélangés à la dose de chacun 10 à 12 grammes. La craie modifie les liquides irritants, et le bismuth, par sa pénétration de l'épithélium, protége favorablement l'intestin.

Il ne suffit pas d'agir par l'estomac ; comme le siége principal des effets morbides est facile à atteindre, il importe d'y porter directement les modificateurs médicamenteux. Ainsi je donne très-avantageusement des lavements alcalins au borax et des lavements au sous-nitrate de bismuth : 8 grammes pour un lavement mucilagineux. L'albumine tire son utilité de ce qu'elle est précipitée et qu'elle protége l'intestin en neutralisant une partie du principe irritant. Ces lavements doivent être très-multipliés et sont bien mieux supportés que ceux à l'amidon, qui souvent exagèrent la douleur et ne protégent pas suffisamment la muqueuse.

Après les premiers jours, souvent même de suite, j'ai recours aux injections de perchlorure de fer neutre à 45 degrés, à la dose de 10 à 12 gouttes dans un demi-lavement d'eau tiède, répété deux et trois fois dans les vingt-quatre heures. Ce sel de fer est bien supporté ; par son action sur les matières albuminoïdes et sanglantes qu'il précipite, il forme à la muqueuse un enduit des plus favorables ; aussi fait-il disparaître promptement les ténesmes, les selles sanguinolentes et la congestion vasculaire. Il a, de plus, l'avantage immense de faire perdre aux matières des garde-robes leur principe contagieux. Je le préfère au nitrate d'argent, qui agit dans le même sens, mais moins sûrement et à plus grands frais.

La seconde indication à remplir est de diminuer la congestion du

système porte. Il est bien certain que la première partie de notre programme bien appliquée agit dans ce sens ; mais, dans les cas graves, au début de la maladie, alors que la réaction est vive, il y a souvent avantage à produire une déplétion du système porte. Une application de sangsues au fondement peut quelquefois beaucoup soulager les malades. Je dois dire cependant que, si la constitution des sujets ne le permet pas, il faut être très-modéré dans cette évacuation sanguine, à cause de la grande faiblesse dans laquelle sont si souvent plongés les malades. Je préfère alors recourir à un moyen qu'on a considéré longtemps comme un spécifique : l'*ipécacuanha*.

Ce médicament agit comme évacuant et surtout comme excitant du système vaso-moteur : sous son influence, les vaisseaux se décongestionnent par leur propre force et, le foie reprenant une plus grande énergie circulatoire, la bile coule en plus grande abondance, au grand bénéfice des malades. Dans ce sens, je ne puis que confirmer les bons effets de cet ancien médicament, qu'il ne faut jamais oublier dans les cas graves qu'on rencontre si souvent dans les épidémies.

A côté de ce médicament qui n'agit que par l'intermédiaire du système nerveux, je placerai *la belladone* et *l'aconit*, qui diminuent également la congestion vasculaire et en même temps la sensibilité intestinale. Dans tous les cas où domine l'élément douleur, il y a avantage à y recourir.

Enfin, quand la maladie a perdu ce qu'elle a de spécial, il faut recourir aux astringents, surtout aux *tannins : cachou*, *ratanhia*, etc., tout en réveillant les fonctions digestives et gastro-hépatiques à l'aide des amers, du colombo, de la noix vomique et surtout du quinquina qui réunit les deux principes, astringent et amer. Le vieil électuaire *diascordium* trouve souvent un emploi très-avantageux et tarit très-vite des diarrhées interminables qui nuisent au rétablissement des malades en ne leur permettant pas une alimentation réparatrice.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la délivrance dans l'avortement [1] ;

Par M. le docteur GUÉNIOT, chirurgien des hôpitaux.

Le *seigle ergoté*, administré à la dose de 2 grammes, en trois

---

[1] Suite et fin, voir les livraisons des 15 et 30 octobre.

fois, dans une période de douze à dix-huit heures, détermine presque sûrement des contractions utérines, et celles-ci à leur tour produisent le décollement, soit complet, soit partiel, du délivre. Si le décollement n'est que partiel et les contractions modérées, une nouvelle dose de poudre (60 centigrammes) suffit en général à amener promptement une séparation complète. Mais là ne se borne pas l'influence du médicament; car, à peine libre dans la cavité utérine, le délivre est poussé vivement à travers le col et parfois totalement chassé de la matrice. Sous le rapport des effets à produire, nul moyen ne semble donc plus sûr dans ses résultats.

Malheureusement, cette action si merveilleuse de l'ergot sur la matrice peut entraîner une conséquence des plus fâcheuses: *le resserrement tétanique du col et l'emprisonnement complet du délivre*. Quand il se produit, cet accident offre d'ordinaire une telle gravité que, si on pouvait le prévoir en temps opportun, l'usage de la poudre serait par cela seul contre-indiqué. Sans doute, on parvient souvent à le combattre avec succès; les bains, les émollients et les narcotiques en triomphent assez communément. Mais ces remèdes ne sont pas toujours faciles à administrer. D'ailleurs, la contracture ergotique résiste parfois à tout et persiste, quoi que l'on fasse, pendant plusieurs jours, c'est-à-dire pendant un temps suffisant pour que la femme succombe à l'infection putride et à la métrite gangréneuse. En 1863, j'ai observé à la clinique d'accouchements un cas de ce genre dont la relation se trouve publiée dans la thèse de M. Chaillier. (*Des accidents de la délivrance après l'avortement*; Paris, 1866.)

Pour employer le seigle ergoté avec sécurité, il serait donc nécessaire de bien connaître les circonstances qui favorisent ou déterminent une telle complication. Car il est difficile de proscrire un médicament aussi utile que l'ergot, à cause de ses méfaits exceptionnels. Le mieux, en pareil cas, est de rechercher dans quelles conditions cette poudre peut être nuisible en portant son action plus spécialement sur le *col* utérin; puis, de distraire ces faits de ceux où ce médicament conserve, au contraire, tous ses avantages en agissant particulièrement sur le *corps* de la matrice. Tel est, en effet, le point important à élucider. Il est seulement à regretter que la question, jusqu'ici, n'ait pas même été posée et qu'il n'existe encore pour la résoudre que des éléments très-insuffisants. Tout ce que je puis dire à cet égard, c'est que j'incline à croire, mais sans pouvoir l'affirmer, que dans la première moitié de la grossesse, l'ergot est très-peu susceptible de contracturer le col et de clore ainsi étroitement la cavité utérine. L'observation II, rapportée plus haut,

offre un exemple à l'appui de cette opinion. C'est aussi vraisemblablement après avoir été témoins de plusieurs faits de ce genre que certains auteurs, comme Velpeau, Chailly, etc., n'ont pas craint de recommander l'emploi du seigle contre la rétention du délivre abortif. D'une autre part, toute matrice épuisée par un long travail ou vivement irritée par une cause quelconque m'a semblé particulièrement sujette au tétanos ergotique, c'est-à-dire à une violente contracture du col et à un resserrement permanent de son corps.

Quoi qu'il en soit, pour les cas défavorables qui sembleraient appartenir à cette dernière catégorie, on conçoit que le seigle ergoté devrait être sévèrement proscrit. Pour les autres qui, sans doute, sont en majorité, il serait au contraire un moyen utile et prompt de provoquer une heureuse délivrance. Mais alors son emploi devrait être soumis à certaines précautions; car si, en resserrant les vaisseaux utérins, il peut tempérer l'hémorrhagie, en réalité il ne la prévient pas plus que les autres moyens. Il présente seulement, sur la plupart d'entre eux, l'avantage d'exercer son action en laissant le vagin entièrement libre, ce qui permet de combattre la perte au moyen du tampon. — Ainsi, après avoir administré la première dose de seigle, il convient de se mettre en garde contre une hémorrhagie soudaine en tamponnant sans délai le vagin. C'est pour n'avoir pas pris ce soin préventif et m'être borné à conseiller une active surveillance que la malade de l'observation II eut une perte si compromettante au moment du décollement placentaire. Une assistance même très-intelligente, avec un tampon tout préparé, ne me paraît donc pas suffisante aujourd'hui. C'est un tamponnement effectif que je considère comme un auxiliaire obligé de l'ergot. Mais pour ne pas s'exposer à conserver le tampon pendant un ou plusieurs jours, je conseillerais maintenant (en opposition avec ce que nous fîmes, M. Laborde et moi, dans le cas de l'observation II) de rapprocher assez les doses de seigle pour déterminer sûrement des contractions utérines dans les six ou huit premières heures. Au bout de dix heures, un peu plus, un peu moins, selon la durée et l'énergie des contractions, on extrait le tampon et l'on explore avec soin par le toucher. Si le délivre n'est pas complétement expulsé, on se comporte, d'après les effets obtenus, de différentes manières. Ou bien on cesse l'usage du seigle (lorsque, contrairement aux prévisions du début, le col s'est resserré tétaniquement); ou bien on continue l'emploi de cette poudre et l'on applique un nouveau tampon (lorsque le col est resté

souple et que le placenta est retenu dans la matrice) ; ou bien, enfin, on agit comme il sera dit plus loin, p. 396 (lorsque le délivre, complétement détaché, se trouve plus ou moins engagé dans l'ouverture du col).

En résumé, pour les cas qui nous occupent, l'emploi du *dilatateur utérin* me semble, par sa puissance et son innocuité relative, préférable à tous les autres moyens; c'est à lui que je recourrais aujourd'hui dans un cas semblable à celui de l'observation II où, en 1863, je conseillai le seigle ergoté. Le *tampon vaginal*, employé soit seul, soit concurremment avec l'*éponge dilatatrice*, viendrait en seconde ligne. Malgré sa puisssance incontestable, le *seigle ergoté* ne figurerait, en raison de ses dangers, qu'au troisième rang, et toujours avec association du tampon. Enfin, les tentatives de décollement direct avec le *doigt* ou les *injections intra-utérines* ne seraient considérées que comme des ressources ultimes, au delà desquelles il serait préférable de prolonger l'expectation [1].

— Jusqu'ici j'ai considéré que le délivre était retenu en totalité dans la matrice. Or, il peut se faire qu'une partie seulement soit restée adhérente. Dans ce cas, comme dans celui de rétention complète, on sera parfois conduit à agir en vue de prévenir surtout deux accidents : l'infection putride et la métrorrhagie. Mais l'infection putride sera d'autant moins à craindre que le fragment non détaché sera plus petit. Pour qu'il y ait indication d'intervenir d'après la seule menace de ce danger, il faudra, par conséquent, que la portion retenue du délivre représente au moins le quart ou le tiers de ce produit, c'est-à-dire une masse suffisante pour provoquer, par sa putréfaction, un empoisonnement mortel. Ici donc, la quantité de matière organique retenue doit être prise en grande considération. Quant à l'hémorrhagie, il en est tout autrement. Quelque minime que soit le fragment inclus, il peut provoquer des pertes abondantes. C'est là un point important qu'il ne faut jamais oublier. Le fait suivant en est un exemple curieux bien péremptoire.

OBS. IV. *Avortement au quatrième mois de la grossesse. Délivrance incomplète. Absence de tout accident utérin pendant les sept*

---

(1) Le danger reconnu des injections intra-utérines, pour être évité, rend absolument nécessaire l'emploi d'une sonde à double courant. Grâce à ce mode d'administration, M. Avrard, de la Rochelle, serait parvenu à supprimer leur nocuité, au moins dans les cas de maladie utérine. (*Des injections intra-utérines*; mémoire in-8°, Bordeaux, 1866.)

premiers jours. Métrorrhagie foudroyante au huitième jour. Extraction des fragments de placenta restés dans la matrice. Guérison. — Il y a environ deux ans, mon ami le docteur Alfred Fournier me pria de visiter avec lui une couturière de la rue de l'École-de-Médecine qui, neuf jours auparavant, avait fait une fausse couche vers quatre mois de grossesse. Elle avait été assistée, dans son travail, par une sage-femme, et M. Fournier n'avait été appelé, six jours après, que pour traiter un embarras gastrique. L'avortement était alors supposé complétement terminé, et il n'en était déjà plus question, car ses suites avaient paru tout à fait naturelles.

Cependant, au huitième jour, on vint en toute hâte mander de nouveau M. Fournier, non plus pour une indisposition des voies digestives, mais pour parer à une métrorrhagie épouvantable qui était survenue inopinément. Une injection de perchlorure de fer et le tamponnement vaginal arrêtèrent l'écoulement; mais la perte avait été telle, que la femme en était devenue exsangue et moribonde. Aussi, le lendemain, avant de pénétrer chez la malade, nous dûmes nous enquérir de savoir si elle n'était pas morte, et après avoir constaté son état presque désespéré, nous discutâmes l'opportunité de la transfusion.

La soudaineté d'une métrorrhagie aussi abondante, survenue sans cause extérieure appréciable, mais après un avortement datant de huit jours, ne me laissa, je dois le dire, aucun doute sur la rétention d'une portion ou de la totalité du placenta dans la matrice. Malgré les renseignements précis recueillis dès la veille par M. Fournier sur *la sortie pendant la fausse couche d'un corps sanglant, charnu, auquel pendait un petit cordon*, je restai convaincu que l'hémorrhagie avait eu pour cause le décollement d'une partie du délivre. Et, en effet, le tamponnement enlevé (ce qui fut une opération longue et laborieuse, en raison du perchlorure qui avait tanné le vagin et durci les caillots avec la charpie), nous reconnûmes à l'orifice interne du col utérin des fragments de placenta.

Le col était resté faiblement entr'ouvert et permettait le passage du doigt. La malade n'ayant plus une goutte de sang à perdre, nous crûmes avantageux de tenter l'extraction du corps étranger, afin de prévenir toute perte ultérieure. Avec le doigt, je parvins à retirer la plus grande partie de ces débris qui étaient des portions minimes et très-reconnaissables de placenta; je réappliquai prudemment le tampon, mais cette fois sans user du perchlorure.

Le lendemain, contrairement à nos craintes, ou plutôt à nos prévisions, nous retrouvâmes la malade encore en vie; elle n'avait pas subi de perte nouvelle et les quelques cuillerées de vin et de bouillon que nous avions prescrites avaient été assez bien supportées. Le tampon de la veille fut à son tour remplacé, après l'extraction de quelques nouveaux débris placentaires. Enfin, lentement et progressivement l'usage des toniques parvint à restaurer les forces de la malade, qui ne perdit plus et se trouva complétement rétablie deux mois plus tard.

Ainsi, la métrorrhagie est à redouter toutes les fois qu'une por-

tion quelconque du délivre se trouve retenue dans la matrice. Mais, comme elle peut toujours être combattue par le tampon vaginal, la probabilité de son apparition ne suffit pas à constituer une pressante indication d'agir préventivement. On pourra donc, selon les cas, se borner à une vigilante expectation ou intervenir d'une façon active par le tamponnement du vagin.

Des considérations précédentes, il résulte, en définitive, que quand il s'agit d'une *rétention partielle du délivre sans concomitanee d'accidents*, deux cas sont à distinguer. Dans le premier, la portion restée adhérente paraît être trop minime pour provoquer ultérieurement un empoisonnement putride très-grave; et alors la malade n'est guère exposée qu'à l'hémorrhagie et à des symptômes d'infection légère, double accident susceptible, dans l'espèce, d'être heureusement combattu s'il vient à se manifester. Cette situation, comme on le voit, est tout à fait comparable à celle que produit la rétention complète dans les avortements des *deux premiers mois*, et elle exige sensiblement les mêmes soins thérapeutiques (voir p. 358). Dans le second cas, au contraire, le fragment placentaire retenu dans la matrice est assez considérable pour engendrer, par sa putréfaction, un empoisonnement mortel. Il y a donc ici danger grave, et, à quelques nuances près, cette situation est complétement assimilable à celle qui résulte de la rétention totale. Aussi, pour les mêmes motifs, réclame-t-elle de la part du médecin la même conduite et l'emploi des mêmes moyens d'intervention (voir p. 393). Je n'ai donc pas à y insister davantage.

C. *Dans les avortements des cinquième et sixième mois*, les accidents que provoque la rétention du délivre sont redoutables presque à l'égal de ceux qu'on observe dans les mêmes conditions après l'accouchement à terme. A cette période de la grossesse, en effet, le développement général de la matrice, celui de ses vaisseaux sanguins et le volume du placenta ont atteint un degré suffisant pour produire des hémorrhagies ou un empoisonnement putride rapidement mortels. Lors donc qu'un temps légitime a été passé dans l'expectation (douze heures pour les avortements du cinquième mois et six heures pour ceux du sixième mois), et que des tractions prudentes sur le cordon ont été tentées sans résultat, il y a indication évidente d'agir préventivement et de pratiquer la délivrance artificielle.

La cavité utérine étant assez spacieuse pour recevoir plusieurs doigts, parfois même la main entière, c'est à l'extraction directe avec la main, le moins aveugle des instruments, qu'il convient de

recourir. Pour exécuter la manœuvre, on procédera comme je l'ai indiqué à propos du *toucher utérin*. Ici, le vagin est en général assez dilatable et le col de la matrice assez ouvert pour rendre l'opération praticable. Si, d'ailleurs, il en était autrement, les injections émollientes et narcotiques dans le vagin pourraient être employées, en même temps que les onctions belladonées sur le col, dans le but de relâcher le tissu de ces organes. Mais l'usage de ces moyens restant sans effet et l'extraction du délivre avec la main étant reconnue impossible, on devrait sans délai recourir soit au dilatateur utérin, soit à l'usage simultané de l'ergot et du tampon, soit enfin aux injections d'eau tiède dans la matrice, en ayant soin de les pratiquer avec une sonde à double courant.

Qu'il s'agisse, d'ailleurs, d'une rétention complète ou seulement d'une rétention partielle du délivre, les indications restent sensiblement les mêmes, et ce sont les mêmes procédés d'intervention qu'il convient de mettre en pratique.

— J'ai supposé jusqu'ici que les adhérences du délivre retenu sont normales ou peu exagérées. Or, il peut se présenter un cas fort rare, si tant est qu'il ait été observé de deux à six mois de grossesse, c'est celui d'adhérences contre nature, de fusion plus ou moins intime entre le tissu placentaire et le tissu utérin. On comprend aisément qu'en pareille circonstance, la plupart des moyens de délivrance préconisés ci-dessus resteraient insuffisants. La main ou les doigts pourraient seuls quelquefois effectuer la séparation du placenta; mais ce moyen, nous l'avons vu, n'est qu'exceptionnellement applicable dans le cas de fausse couche. La complication dont il s'agit, heureusement, je le répète, d'une rareté extrême, semble donc être le plus souvent au-dessus des ressources de l'art. Elle sert du moins à prouver que, dans l'emploi des divers procédés de délivrance artificielle, il ne faut jamais se départir d'une certaine réserve, et qu'après une prudente insistance pour les utiliser, il peut être parfois préférable de laisser à la nature le soin d'agir. Mieux vaut, en effet, ne pas lutter contre un péril prochain que d'en précipiter l'apparition et les conséquences par une intervention dangereuse et impuissante.

— Enfin, il est un dernier point sur lequel je dois m'arrêter un instant. J'ai avancé qu'une absence complète de symptômes graves ne pouvait s'observer, chez une femme non délivrée, que dans les cas où le placenta est resté à peu près totalement adhérent, et c'est à ce point de vue que j'ai surtout discuté la question thérapeutique. Or, on trouve en réalité, assez communément, le délivre

détaché et pressé sur l'orifice interne du col sans qu'il existe cependant aucun accident sérieux. La proposition que j'ai émise semble donc au premier abord, sinon erronée, du moins beaucoup trop absolue. Eh bien, pour peu qu'on y réfléchisse, on voit qu'il n'en est rien ; et la proposition reste ainsi complétement vraie.

En effet, si le placenta ne se putréfie, de manière à causer des accidents, que plusieurs heures après son décollement ; si, pressé sur le col, il peut faire l'office d'un tampon et barrer le passage au sang, tandis que, d'autre part, la matrice bien rétractée ne fournit elle-même qu'un très-faible écoulement ; si, enfin, de ces diverses circonstances résulte à la fois l'absence d'hémorrhagie et de putridité des lochies, il n'est pas moins vrai que cet état favorable est essentiellement transitoire. Après une durée de quelques heures, cette situation doit fatalement aboutir soit à un engagement de plus en plus prononcé du délivre et finalement à son expulsion complète, soit à des hémorrhagies ou à des accidents d'infection putride. Je n'avais donc pas à y insister dans cette étude autrement que pour la signaler et faire remarquer que, précisément, en sa qualité de situation transitoire et de courte durée, elle ne réclame, en général, d'autre soin thérapeutique qu'une vigilante expectation. Dans les cas seulement où le col, ramolli et bien ouvert, permet d'opérer avec facilité, on peut aider la nature en exerçant avec deux doigts des tractions sur le délivre.

2° *L'avortement est fait ; la délivrance ne l'est pas ou elle est incomplète, et il existe des accidents.*—Ici, ce sont les accidents qui priment tout. Leur nature, leur degré d'intensité, leur gravité plus ou moins grande constituent la source principale des indications. Sans doute, les difficultés et les dangers d'une intervention active, de même que l'âge de la grossesse auquel s'est effectuée la fausse couche, doivent aussi être pris en considération ; mais ce n'est guère que pour déterminer le choix à faire parmi les moyens thérapeutiques. Quant au temps écoulé depuis l'expulsion du fœtus et à la quantité de délivre retenue (totalité ou partie), ils n'offrent, en général, qu'une importance secondaire.

Les accidents de la délivrance peuvent être distingués en deux ordres. Les uns, primitifs et de commune observation, consistent dans la métrorrhagie et l'empoisonnement putride. Les autres, beaucoup plus rares, dérivent assez ordinairement des premiers ; ce sont : la syncope, la métrite, la phlébite utérine et l'infection purulente, le phlegmon intra-pelvien, les perforations utérines et la péritonite. Mais, quels qu'ils soient, précoces ou tardifs, simples ou

associés, ils succèdent presque toujours à un décollement plus ou moins complet du délivre ; de plus, la plupart d'entre eux admettent des degrés et peuvent se manifester soit à l'*état léger*, soit à l'*état grave*. De là, deux situations bien distinctes qui doivent être envisagées séparément.

A. *Accidents légers*. — Du moment qu'il existe des accidents, même des accidents légers, on doit promptement s'assurer, au moyen du toucher, de l'état physique du col utérin et des conditions particulières dans lesquelles se trouve le délivre. Trois cas peuvent alors se présenter :

a. Tantôt l'état de ramollissement et d'ouverture du col, ou le degré d'engagement du délivre, se trouve tel, que ce dernier, pour une cause ou pour l'autre, peut être extrait avec facilité. On doit alors procéder immédiatement à cette extraction, soit avec les doigts, instrument bien préférable à tout autre, soit avec les pinces à faux germe ou un crochet mousse quelconque. Au cinquième, et surtout au sixième mois de la grossesse, le cordon, déjà résistant, pourrait être parfois utilisé à cette fin.

b. Tantôt le délivre, partiellement engagé dans le col utérin, et même dans le vagin, est retenu par sa masse principale au-dessus de l'orifice interne resserré (c'est là la forme en bouchon de champagne). Dans ces conditions si favorables en apparence, on est souvent tenté d'opérer des tractions sur sa partie accessible ; mais on doit s'interdire rigoureusement toute tentative de ce genre, à moins qu'on ne procède avec une extrême prudence et de manière à ne pas rompre la continuité du délivre. Autrement, celui-ci se déchire sous l'influence des tractions, et toute sa portion sus-cervicale reste étroitement emprisonnée dans la matrice. D'une autre part, le fragment arraché, cessant de soutenir et d'irriter le col, ne peut plus servir de stimulant aux contractions utérines ni de conducteur à la masse principale. Une telle intervention devient ainsi plus nuisible qu'avantageuse, puisqu'elle a pour conséquence de changer des conditions relativement bonnes en d'autres qui, semblables à celles du cas suivant, sont au contraire d'un caractère défavorable. Il convient donc de résister à cette propension que l'on a d'agir en exerçant des tractions sur la portion engagée du délivre. Puisque les accidents sont légers, on peut attendre encore et laisser opérer la nature. On doit, en conséquence, se borner à combattre les complications par des moyens appropriés, c'est-à-dire l'hémorrhagie, par les réfrigérants ou le tampon; la putridité des lochies,

par les injections vaginales; la métrite, par les émollients et les mercuriaux, etc.

c. Parfois, enfin, le délivre totalement inclus dans la matrice n'est engagé par aucune de ses parties dans le col utérin, et celui-ci, encore rigide et peu ouvert, s'oppose à une facile extraction. En pareil cas, on devra s'abstenir de tentatives directes pour entraîner le délivre au dehors. Elles n'aboutiraient qu'à le morceler, à accélérer sa putréfaction et à fatiguer la malade sans aucun avantage. Si le temps écoulé depuis l'expulsion du fœtus ne dépasse pas celui que nous avons considéré comme formant la limite extrême de la délivrance normale [1], on pourra, comme dans le cas précédent, se borner à combattre les complications sans s'inquiéter autrement du délivre, dont la sortie sera provisoirement abandonnée à la nature. Mais si, au contraire, la durée ordinaire de la délivrance normale se trouve dépassée, les accidents, quoique légers, pouvant être regardés comme le prélude d'un grave danger, on devra non-seulement combattre les complications existantes, mais encore s'efforcer d'activer les contractions de la matrice, en recourant soit au dilatateur utérin, soit à l'éponge et au tampon, soit à ce dernier seul, soit enfin à l'usage simultané du tampon et de l'ergot.

B. *Accidents graves*. — Lorsque la vie ou la santé de la femme se trouve sérieusement compromise, il y a évidemment indication pressante d'intervenir. Bien plus, en opposition avec ce que nous venons de dire à propos de certains cas d'accidents légers, la thérapeutique ne doit pas seulement s'adresser à la complication, mais elle doit encore, et surtout, s'attaquer à la cause des accidents, c'est-à-dire à la rétention du délivre.

Avant d'indiquer quelle me paraît être la meilleure conduite à suivre dans ce but, je dois faire ici une remarque cliniquement très-importante. C'est que, pour bien apprécier les indications à remplir, il est indispensable de considérer, outre l'accident lui-même, les conditions particulières dans lesquelles il se produit. Ainsi, une hémorrhagie légère peut avoir des conséquences très-différentes selon que la femme est robuste ou, au contraire, profondément affaiblie par une cause quelconque. La perte sanguine peut même avoir disparu, mais en laissant (comme dans notre

---

[1] Voir page 332. — C'est-à-dire deux jours pour les avortements des deux premiers mois, vingt-quatre heures pour ceux des troisième et quatrième mois, etc.

observation IV) la malade dans un état de grande débilité, sans que la situation cesse d'appartenir à celles que caractérisent les accidents graves. Ce qui est vrai de l'hémorrhagie ne l'étant pas moins de certains autres symptômes, on voit que, pour juger du caractère *léger* ou *grave* de l'accident, il est essentiel de tenir un grand compte de l'état général de la malade.

Quand le placenta, par son degré d'engagement ou par l'état de souplesse et d'ouverture du col utérin, paraît être assez facile à extraire, il convient de procéder sans délai à la délivrance ; et, à cet effet, les moyens de traction les plus directs doivent être préférés. C'est ainsi qu'on usera, selon les cas, des doigts ou de la main entière, des pinces à faux germe ou d'un crochet à délivrance.

Si le placenta n'est que partiellement engagé dans le col et que sa portion principale soit retenue au-dessus de l'orifice interne rigide, les tentatives d'extraction directe auraient pour inconvénient probable de déchirer la partie accessible et de laisser l'autre étroitement emprisonnée. Ce résultat fâcheux pouvant aggraver sérieusement la situation, il est préférable de ne pas s'y exposer et de recourir à un moyen indirect. Dans ces conditions, en effet, le seigle ergoté se trouve parfaitement indiqué. En surexcitant les contractions utérines, il active l'expulsion en masse du corps étranger, tandis que la partie déjà engagée s'oppose au resserrement tétanique du col. C'est donc l'ergot qu'il faut employer.

Enfin, dans le cas où le délivre est retenu en totalité dans la matrice, et où le col trop résistant et trop peu ouvert ne permet pas de le saisir, il convient, s'il s'agit d'une hémorrhagie, de lutter contre cet accident au moyen du tampon, et parfois en même temps au moyen de l'ergot de seigle. S'il s'agit de l'infection putride (celle-ci datant d'un ou deux jours au plus), on pourra également recourir à l'emploi du seigle, mais en excluant le tampon, qui ne ferait qu'augmenter sans compensation la putridité des lochies. Les injections intra-utérines, ou du moins les injections vaginales, et les toniques à l'intérieur devront être aussi concurremment employés. Mais si l'usage de l'ergot paraît être désavantageux, ou si l'infection putride date déjà de plusieurs jours, et qu'il existe des symptômes de métrite, on devra sévèrement proscrire cet agent qui, selon toute probabilité, ne donnerait que des résultats fâcheux. La matrice, en effet, semblable à l'intestin dans la péritonite, est comme paralysée ou frappée de stupeur ; elle cesse de se contracter, et son tissu enflammé se mortifie. On devrait donc se borner à pratiquer, toutes les trois ou quatre heures, des injections

intra-utérines d'eau tiède au moyen d'une sonde à double courant. Et si, au bout de dix-huit à vingt-quatre heures, ce moyen restait impuissant à entraîner le délivre, on pourrait le continuer encore pendant une demi-journée, mais cette fois en procédant à la manière de Recolin, c'est-à-dire en usant d'une sonde simple et d'une seringue qui permette de graduer la pression du liquide. Je me hâte d'ajouter, cependant, que cette pratique présentant un réel danger, elle ne doit être utilisée qu'avec une grande réserve, et seulement lorsque la gravité extrême des accidents y autorise.

Dans ce dernier cas, d'ailleurs, soit que les injections intra-utérines restent insuffisantes, soit qu'on les juge trop dangereuses, on peut recourir parfois avec avantage à certains moyens d'extraction directe. Les curettes fixes ou mobiles, celle de M. Récamier ou celle de M. Pajot, sont les instruments qu'on emploie le plus communément à cet usage. L'application du spéculum est alors généralement requise, et ce n'est qu'avec la plus extrême douceur qu'on doit procéder à la manœuvre. Que si le col utérin était fermé à ce point que le jeu des sondes ou des curettes fût impossible, il conviendrait de le dilater préalablement au moyen de l'éponge ou du laminaria. Dans un cas de ce genre, M. Depaul parvint ainsi à effectuer la délivrance, et la femme se rétablit promptement. Mais il faudrait proscrire tous les moyens de dilatation violente, comme le dilatateur à trois branches, l'introduction forcée du doigt, etc.

Tels sont les divers procédés ou agents thérapeutiques qu'il me paraît utile d'employer à l'effet de pratiquer la délivrance artificielle et de lutter contre les deux accidents les plus redoutables : l'hémorrhagie et l'infection putride. Quant aux accidents secondaires (métrite, péritonite, etc.), ils réclament, en ce qui regarde la délivrance, la même thérapeutique que les précédents, et de plus un traitement spécial, approprié à chacun d'eux, traitement sur lequel je crois superflu de m'arrêter.

3° *L'avortement est consommé et l'on doute que la délivrance soit faite ou qu'elle soit complète.* — Le doute relatif à l'état de la délivrance peut se produire surtout dans les trois circonstances suivantes :

A. Une femme avorte ; les matières expulsées par le vagin sont inconsidérément jetées, et ce n'est que plusieurs heures, ou même plusieurs jours après, que le médecin est appelé à donner ses soins. Si le col, déjà refermé, ne permet pas d'explorer la cavité utérine, et si les renseignements ne sont pas recueillis près d'une personne compétente (ce qui, dans l'espèce, n'est pas sup-

Tableau synoptique du traitement applicable à la délivrance abortive.

I. AVORTEMENT CONSOMMÉ.

A. LA DÉLIVRANCE EST NULLE OU INCOMPLÈTE.

1° IL N'EXISTE PAS D'ACCIDENT.

a. *Premier et deuxième mois; rétention complète ou partielle.* — Attendre en surveillant avec soin, un tampon tout prêt, jusqu'à délivrance spontanée ou production d'accident.

b. *Troisième et quatrième mois, rétention complète.* — Attendre pendant vingt-quatre heures. Puis, si le travail reste nul ou trop languissant, dilatateur utérin, tampon vaginal, éponge et tampon; dans certains cas, tampon et seigle ergoté. Enfin, comme dernière ressource, décoller le délivre avec le doigt ou les injections intra-utérines (sonde à double courant). Ces divers moyens étant inapplicables ou restant sans effet, persévérer dans l'expectation.

Rétention incomplète. — Deux cas à distinguer : ou bien la portion retenue est trop minime pour produire ultérieurement une infection putride grave; alors, expectation comme en **a**; ou bien, au contraire, elle est assez volumineuse pour causer des accidents mortels; alors, après vingt-quatre heures d'attente, intervenir comme en **b**.

c. *Cinquième et sixième mois; rétention complète.* — Au cinquième mois, attendre douze heures, et au sixième mois, six heures. Puis, tenter l'extraction du délivre avec les doigts ou la main entière. Si cette pratique est impossible à cause du resserrement du col, attendre encore quelques heures pendant lesquelles on combattra cette rigidité par les émollients et les narcotiques. Ces moyens restant sans effet, recourir soit au dilatateur ampullaire, soit simultanément à l'ergot et au tampon, soit enfin aux injections intra-utérines (avec sonde à double courant).

Rétention incomplète. — A moins qu'il ne s'agisse d'un fragment minime, cas dans lequel on prolongerait l'expectation, les indications et les procédés d'intervention restent les mêmes qu'en **c**.

— *Adhérences contre nature.* — Extraire avec les doigts ou la main entière, si possible; sinon, ne pas insister et laisser à la nature le soin d'agir.

— *Enfin, délivre décollé.* — Situation nécessairement transitoire et de courte durée, qui ne réclame qu'une vigilante expectation. Cependant, si le col ramolli et bien ouvert permet d'opérer avec facilité, aider la nature en tirant avec deux doigts sur le délivre.

2° IL EXISTE DES ACCIDENTS.

Δ. ACCIDENTS LÉGERS. — TROIS CAS : *α. Col ouvert et ramolli, délivre engagé.* — Alors extraire avec les doigts ou, au besoin, avec pinces et crochets à délivrance.

β. *Col resserré sur le délivre partiellement engagé, avec masse principale retenue au-dessus de l'orifice interne.* — S'abstenir de toute traction et attendre, en combattant les accidents par des moyens appropriés (contre hémorrhagie, réfrigérants ou tampon; contre lochies putrides, injections vaginales; contre métrite, émollients et mercuriaux, etc.).

γ. *Col resserré et délivre totalement inclus.* — Agir comme en β, jusqu'à la limite de durée applicable à la délivrance normale (six heures dans le sixième mois, douze heures dans le cinquième mois, etc.). Cette limite passée, intervenir comme en **b**, jusqu'à délivrance complète ou aggravation des accidents.

Π. ACCIDENTS GRAVES. — TROIS CAS : *α'. Col ouvert et ramolli, délivre engagé.* — Agir comme en α.

β'. *Col resserré sur le délivre partiellement engagé, avec masse principale retenue au-dessus de l'orifice interne.* — S'abstenir de toute traction. Employer le seigle ergoté (2 grammes en trois fois, à un quart d'heure d'intervalle); combattre les accidents.

γ'. *Col resserré et délivre totalement inclus.* — S'il s'agit d'une métrorrhagie, tampon seul et parfois tampon avec seigle ergoté. Si c'est d'un empoisonnement putride *récent*, seigle ergoté? injections intra-utérines, toniques à l'intérieur. Si l'infection date de plusieurs jours et surtout s'il existe de la métrite, proscrire le seigle, se borner aux injections répétées (avec sonde à double courant d'abord, puis, en cas d'insuffisance, avec sonde simple et pression variable du liquide?) Ces moyens restant sans résultat, tenter l'extraction directe avec curettes fixes ou mobiles (pour cela faire, spéculum et, au besoin, dilatation préalable du col avec éponge ou laminaria). S'il s'agit d'autres accidents, métrite, péritonite, etc., même thérapeutique touchant la délivrance, plus un traitement spécial, approprié à chacun d'eux.

B. ON DOUTE QUE LA DÉLIVRANCE SOIT FAITE OU QU'ELLE SOIT COMPLÈTE.

Λ. *Sans accident.* — Expectation vigilante, faire conserver toute matière rejetée par le vagin; exploration répétée de la matrice; malade couchée, un tampon tout prêt. Cela jusqu'à fixation du diagnostic.

Φ. *Avec accident.* — Si hémorrhagie, tampon ou autres moyens (réfrigérants, élévation du siége, etc.); si empoisonnement putride, injections fréquentes, vaginales ou intra-utérines; toniques à l'intérieur. Exploration répétée avec le doigt, le spéculum, l'éponge préparée. Cela jusqu'à diagnostic établi.

C. LA DÉLIVRANCE EST SUREMENT COMPLÈTE, MAIS IL EXISTE PAR SON FAIT DES ACCIDENTS QUI RÉCLAMENT UNE INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE.

Traitement variable, approprié à l'espèce d'accident et ressortissant à la thérapeutique générale.

II. AVORTEMENT NON CONSOMMÉ, MAIS RECONNU INÉVITABLE, QUOI QU'ON PUISSE FAIRE POUR L'EMPÊCHER.

Loin d'entraver le travail, le favoriser s'il vient à languir. Ne pas rompre l'œuf jusqu'à dilatation suffisante du col, et, en cas d'hémorrhagie grave, préférer le tampon à la perforation des membranes.

posable), on conçoit aisément l'incertitude qui doit résulter d'une telle situation.

B. Le médecin a suivi les différentes phases de l'avortement. Mais, en examinant le délivre, il reconnaît que la muqueuse utérine, dite pariétale, n'a pas été expulsée. Comme, à mon avis, cette membrane n'est pas *nécessairement* caduque dans la fausse couche des deux premiers mois, s'il s'agit d'un cas de ce genre, l'état complet ou incomplet de la délivrance restera dès lors incertain.

C. Enfin, dans les cas où le délivre sort par fragments, il n'est pas toujours facile, quelque attention qu'on y apporte, de distinguer nettement ses diverses parties, ni surtout de savoir si toute la masse a été extraite ou expulsée. Lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une grossesse dégénérée dans laquelle le placenta est transformé en grappes de vésicule, l'exploration manuelle de la cavité utérine serait seule capable de résoudre la difficulté. Mais cette opération peut être impraticable ou contre-indiquée. Donc, là encore il y aura incertitude.

Quelle que soit la cause du doute, dès lors qu'il subsiste, deux cas sont à distinguer : *ou bien il n'existe pas d'accidents*, *ou bien il en existe de plus ou moins graves.*

A. *S'il n'existe pas d'accidents*, c'est le lieu d'appliquer la maxime : Dans le doute, abstiens-toi ; mais j'entends l'abstention de toute thérapeutique active, et non celle de tout examen propre à éclairer la situation. Car, en pareille circonstance, il faut au contraire redoubler de vigilance et d'attention. On prescrira, en conséquence, de garder toute matière rejetée par le vagin ; on renouvellera plusieurs fois l'exploration de la matrice ; la femme sera tenue couchée et activement surveillée ; un tampon sera tout préparé pour le cas d'une hémorrhagie soudaine ; enfin, on évitera de causer des inquiétudes à la patiente en donnant quelque prétexte à l'assiduité de ces soins. L'incertitude, d'ailleurs, ne pourra se prolonger longtemps ; et si l'on vient à reconnaître que la matrice n'est pas complétement évacuée, on se comportera comme il a été dit précédemment, à propos de la rétention du délivre sans concomitance d'accident.

B. *S'il existe des accidents*, ils sont, bien entendu, de ceux qu'on observe dans la délivrance, c'est-à-dire des métrorrhagies, de la putridité des lochies, des frissons et de la fièvre, etc. S'agit-il d'une métrorrhagie survenue plusieurs jours ou même une à deux semaines après un avortement, on peut être presque assuré qu'elle est due à la rétention partielle ou complète du placenta. Cependant,

comme un polype utérin pourrait aussi en être la cause, il n'est pas permis d'être, à cet égard, absolument affirmatif. Mais un fragment minime du délivre suffisant à la produire, on conçoit que, jusqu'à plus amples notions sur l'état des choses, il n'y ait pas lieu de faire des tentatives d'extraction, ni de provoquer un nouveau travail de délivrance. On se bornera donc provisoirement à combattre l'hémorrhagie par le tampon ou tout autre moyen qu'on jugerait préférable ; et, si elle persiste ou se renouvelle après interruptions, le col sera bientôt assez ouvert pour permettre de reconnaître sa vraie cause. L'éponge préparée serait, d'ailleurs, au besoin employée à cette fin. Le diagnostic une fois élucidé, la thérapeutique sera ensuite appropriée à l'état morbide constaté.

S'il s'agit d'un empoisonnement putride, le doute sera dissipé plus vite encore ; car, à moins de circonstances très-exceptionnelles, comme l'existence d'une gangrène, d'un carcinome ou d'un polype en décomposition, la présence dans la matrice d'un placenta putréfié ne peut être longtemps méconnue. Tout en combattant les symptômes de l'infection au moyen d'injections fréquemment répétées et par l'usage des toniques à l'intérieur, on devrait donc s'appliquer surtout à la recherche du diagnostic. Puis, la rétention du placenta étant constatée, on aurait alors recours aux moyens de délivrance que nous avons recommandés plus haut pour les cas semblables.

4° *L'avortement est fait; l'expulsion du délivre est sûrement complète ; mais il existe, par le fait même de la délivrance, des accidents qui réclament l'intervention du médecin.* — Lorsque la délivrance a été laborieuse ou compliquée de divers accidents ; lorsque surtout on a été obligé d'intervenir par une opération difficile pour extraire le délivre, on comprend sans peine que l'évacuation, même complète, de la matrice puisse laisser après elle une anémie profonde, une débilité extrême, des symptômes d'empoisonnement putride, de la métrite, de la péritonite, une perforation de la matrice, etc. Ces diverses affections exigent évidemment un traitement particulier et plus ou moins actif. Mais, comme il rentre en définitive dans la thérapeutique générale, je ne crois pas devoir m'y arrêter. Je ferai seulement remarquer, à propos de l'anémie qui succède à une abondante hémorrhagie, qu'il n'est pas toujours avantageux de prodiguer brusquement à la malade les toniques et les reconstituants. Cette pratique, que l'on est assez généralement enclin à suivre, me semble défectueuse. C'est par quelques cuillerées de vin, et surtout de bouillon, qu'il convient

de débuter, pour s'en tenir pendant plusieurs jours à ces seuls aliments. L'estomac, en effet, susceptible comme celui d'un nourrisson, s'accommode mal des aliments solides, du vin à haute dose, de l'eau-de-vie, du fer et du quinquina. Ce n'est que lentement et progressivement, à mesure que les forces digestives se reconstituent, que l'on doit recourir à l'usage de ces substances réparatrices.

5° *Enfin, l'avortement n'est pas encore consommé; mais il est plus ou moins avancé, et reconnu inévitable* [1], *quoi qu'on puisse faire pour l'empêcher.* — Si la fausse couche était reconnue sûrement inévitable, il est évident que, loin de chercher à l'entraver, on devrait, au contraire, en favoriser le travail dès que celui-ci deviendrait par trop languissant. Mais, en vue de faciliter ultérieurement la délivrance, il y aurait une précaution spéciale à prendre : ce serait de conserver autant que possible l'œuf intact jusqu'à ce que le col ait acquis une dilatation *suffisante*. Loin de pratiquer volontairement la rupture des membranes, il conviendrait donc d'éloigner toutes les causes susceptibles de la produire prématurément. Aussi ne puis-je souscrire à l'opinion de M. Jacquemier, qui, même dans l'avortement des trois premiers mois, semble conseiller contre l'hémorrhagie la perforation artificielle de l'œuf [2]. En pareil cas, je préférerais de beaucoup l'emploi du tampon vagi-

---

[1] C'est souvent une grave et difficile question que celle de décider, en pratique, si un avortement est ou n'est pas *inévitable*. Quand l'œuf est rompu et le liquide *amniotique* déjà écoulé, la solution n'est guère douteuse. Il y a moins d'incertitude encore lorsque le fœtus est *directement* accessible au doigt ou qu'il est en partie sorti de la matrice. Enfin, la fausse couche est fatale quand le fœtus est mort depuis quelque temps ou quand il a disparu en se dissolvant dans le liquide amniotique. Mais comment reconnaître, dans les premiers mois de la grossesse, que le fœtus est mort alors que son existence ne s'est pas même encore révélée par un seul signe pathognomonique? — On a signalé aussi, comme indice certain que le travail d'avortement ne pourra pas être arrêté, l'effacement très-avancé ou complet du col utérin. A mon avis, cette circonstance ne rend point la fausse couche inévitable, mais simplement *très-probable*, tout comme le fait d'une perte sanguine abondante en un temps très-court, ce qui indique un décollement étendu de l'œuf.

Lorsqu'il s'agit d'un travail abortif, et surtout de celui qui s'effectue dans les premiers mois de la grossesse, le médecin se trouve donc souvent dans l'impossibilité de savoir si la fausse couche ne s'accomplira pas, quoi qu'il fasse pour la conjurer. Néanmoins, dans le doute, il est tenu d'agir comme si elle pouvait être arrêtée, c'est-à-dire de s'opposer en quelque sorte à la délivrance en combattant le travail d'évacuation de la matrice.

[2] *Manuel des accouch.*, t. I, p. 487. Paris, 1846.

nal ; car, outre que le moyen serait plus radical contre la perte sanguine, il compromettrait moins la sortie ultérieure du délivre.

Les principaux détails thérapeutiques de ce travail sont résumés dans le tableau ci-dessus, p. 402-403.

CHIMIE ET PHARMACIE.

La chimie à l'Exposition des produits de l'industrie.

De toutes les professions libérales, la médecine est celle qui laisse le moins de liberté à celui qui la pratique. Pour le médecin, il n'existe pas de joie de famille. Jour et nuit, son corps, sa pensée appartiennent aux malades ; son dévouement en fait un esclave de la société. Le médecin qui quitte son poste est mal vu : on l'accuse de manquer à ses devoirs ; on lui fait même un crime du désir de prendre pendant huit jours une vacance pour venir visiter l'exposition des produits de l'industrie. « Aller à Paris, lui dit-on, y pensez-vous? Si nous devenons malades pendant votre absence, qu'arrivera-t-il? » Cependant, plus que personne, le médecin doit être au courant de la science et de l'industrie; car là, il trouve, en chimie, en physique, en mécanique, des découvertes dont il peut à chaque instant faire l'application. C'est donc à vous, chers lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, que j'adresse cet article.

Et d'abord, ne me taxez pas d'exclusif si je viens vous dire que presque toutes les merveilles qu'on admire dans le palais du Champ de Mars sont dues à la chimie ; oui, la chimie joue là le rôle le plus important.

Si j'étais statuaire, j'aurais personnifié cette science : je l'aurais représentée donnant naissance à la physique, à la métallurgie, à la mécanique, aux arts industriels, à l'agriculture, à l'hygiène.

Enlevez à l'Exposition quelques produits que la nature a fournis, tout le reste a une corrélation avec la chimie, ou fait un appel à cette science.

La chimie nous a donné le moyen de purifier le fer, le cuivre, le plomb, l'étain et le mercure. Elle nous a fait découvrir le platine, l'aluminium, l'iode, le brome, le phosphore, le potassium, le sodium et une infinité d'autres corps simples, qui, lorsqu'on les combine avec les acides ou les alcalis, forment des sels jouant un très-grand rôle dans l'industrie et en médecine.

Le dix-neuvième siècle sera célèbre par diverses découvertes.

L'application du gaz hydrogène à l'éclairage de nos cités ne date que d'un demi-siècle. C'est au moyen de ce gaz qu'on s'élève dans les airs. Il remplace le brasero employé par les frères Montgolfier pour gonfler les ballons.

C'est au moyen d'agents chimiques qu'on obtient l'électricité, qui porte la pensée à mille lieues en quelques heures. La chimie permet de faire le portrait d'un ami ou d'un paysage dans l'espace d'une seconde.

L'art de cémenter le fer se perd dans la nuit des temps. Qui en est l'auteur? On l'ignore.

Pendant une longue série de siècles, on ne pouvait aciérer que de très-petites quantités de fer à la fois, et encore était-ce un secret religieusement conservé en Turquie et en Allemagne; aujourd'hui, la cémentation est connue de tout le monde. Les aciers français rivalisent avec ceux de l'étranger. Le fer pur carburé joue un grand rôle à l'Exposition des produits de l'industrie. C'est avec lui qu'on fabrique toutes les machines qui ont des destinations si diverses, qui fonctionnent avec une précision mathématique, qui se meuvent avec une rapidité vertigineuse. M. Bessmer frère a exposé un bloc d'acier d'une énorme grosseur. Il l'obtient en faisant passer de l'air au moyen d'une pompe foulante au travers de la fonte en fusion : une portion du carbone passe à l'état d'acide carbonique ; le soufre, le phosphore, l'arsenic, sont brûlés ; il ne reste que du fer pur, ductile et malléable.

La fable dit que Vulcain, qui s'était fixé dans l'île de Lemnos, y avait établi ses forges pour fabriquer les foudres de Jupiter, les armes d'Achille et d'Enée, le collier d'Hermione et le sceptre d'Agamemnon. Les dieux de l'Olympe n'ont plus le privilége de forger des armes, de fabriquer des colliers et des couronnes. A l'Exposition, on a vu des canons, des fusils qui portent la mort à des distances énormes et qui sont fabriqués par de simples mortels.

On prétend aussi que c'était Tubal-Caïn, qui vivait 2975 ans avant Jésus-Christ, qui avait inventé l'art de la métallurgie. Ce forgeron serait bien étonné de voir aujourd'hui marcher le fer sur la terre et l'eau, mû par la vapeur ou l'électricité. Il tomberait en extase devant les puissantes machines du Friedland ; c'est qu'il ne leur manque que la parole pour être animées.

Venise avait le monopole des glaces. Grâce à la chimie, les glaces de Saint-Gobain, les cristaux de Baccarat ont des transparences, une pureté, des formes délicieuses.

Avec la chimie, l'homme, en agriculture, ne va plus en aveugle.

Il a abandonné la routine de ses aïeux ; il sait connaître une terre arable ; il l'analyse ; il lui donne l'engrais animal ou minéral qui lui convient ; aussi il en retire des produits qui rendront impossibles les famines du moyen âge. A l'Exposition, on a vu des arbres exotiques qu'on a su approprier à notre sol, des céréales, des graines légumineuses, des fruits, des légumes, des fourrages qui ne se seraient pas acclimatés sans l'aide de la chimie.

La chimie nous a fait découvrir des textiles pour faire des étoffes, des cordages, du papier ; elle nous dit : Voilà ce qu'il faut employer pour les blanchir, les teindre en mille couleurs. Le teinturier doit être chimiste pour utiliser certains produits végétaux et animaux qui contiennent des principes colorants.

Une merveille de la chimie moderne est la découverte de l'aniline et de la fuschine, produits du goudron du charbon de terre qui a servi à la préparation du gaz d'éclairage. Lyon, Louviers, Elbeuf, Mulhouse, Paris font, avec ces substances, des couleurs variées d'une grande solidité.

La minéralisation du bois n'est plus un secret ; on le rend dur comme du fer, on lui donne des nuances diverses, on le rend presque incombustible.

Grâce à la chimie, on peut faire de la glace sous les tropiques, y conserver la viande sans s'altérer, donner de l'air frais dans les navires, dans les appartements, dans les hôpitaux ; grâce à elle encore, on a découvert des désinfectants pour assainir nos villes, les appartements, les lieux où se travaillent les substances animales.

A l'Exposition, on a vu des pierres, du marbre faits de toutes pièces, d'une grande dureté et de nuances variées. Le mélange de chlorure de magnésium et de magnésie calcinée donne un produit qui a été très-admiré, parce qu'il est susceptible de se colorer avec les oxydes ou les sels métalliques ; ce mélange prend toute espèce de forme : un jour on en fera des mosaïques d'une grande richesse.

La synthèse permet de fabriquer de toutes pièces des éthers, des acides, des sels, employés dans l'industrie et en médecine.

La chimie minérale, végétale et animale nous a montré ce qu'elle pouvait fournir à la thérapeutique.

Dans la section française, Collas a présenté du phosphate de chaux hydraté, qu'il considère comme beaucoup plus assimilable sous cet état que le phosphate de chaux sec. Sa vitrine contient la collection la plus complète de pastilles qu'on puisse trouver. Ces pastilles renferment presque toutes des agents chimiques.

Adrian, dans un bon travail sur la purification de l'éther et du

chloroforme, fait en collaboration avec M. Régnault, a montré qu'il y a avantage à se servir de l'éther anhydre pour obtenir, par son mélange avec l'alcool, les éthers médicaux à 56 ou 62 degrés, tandis qu'en acceptant les éthers préparés dans les fabriques, les proportions sont aussi variables que leurs effets.

Cet habile pharmacien a exposé des éthers ayant des densités différentes et d'une très-grande pureté. Sa case contenait du perchlorure de fer neutre et inaltérable. On sait que ce chimiste s'est particulièrement occupé de ce produit et qu'on lui doit un mémoire très-intéressant sur son mode de préparation.

Parmi les produits exposés par M. Adrian, nous avons remarqué toute la série des médicaments opiacés préparés avec l'opium titré à 10 pour 100 de morphine. Cette idée nous a paru d'autant plus heureuse, que les nombreuses falsifications que l'on fait subir à l'opium tendent chaque jour à prendre plus de développement. Or, quoi de plus utile pour le médecin que des préparations qui présentent toujours exactement les mêmes doses de matière active?

Pour arriver à ce résultat, M. Adrian part de ce principe généralement admis qu'un opium de bonne qualité doit renfermer non-seulement 10 pour 100 de morphine, mais aussi toutes les autres parties actives dans la même proportion que dans l'opium naturel. Alors il titre l'opium qu'il destine aux préparations pharmaceutiques, et, du poids de la morphine trouvée, il déduit la quantité plus ou moins grande qu'on doit faire entrer dans le médicament. Nous ne pensons pas que cette manière de faire puisse recevoir d'objection, et nous engageons M. Adrian à persévérer dans la voie où il est entré.

Vée a présenté une magnésie qu'il s'efforce de rendre très-légère, basant avec juste raison sa théorie, que la division favorise sa dissolution dans l'estomac. Ce pharmacien a exposé une pâte d'amandes qui permet de confectionner un looch en moins de temps que par le procédé ordinaire.

L'exposition de Vée est surtout remarquée à cause d'un échantillon d'ésérine, alcaloïde que ce pharmacien a le premier retiré de la fève de Calabar, et qui a déjà trouvé d'utiles applications en médecine et en chirurgie.

Dorvault a exposé des crayons de nitrate d'argent parfaitement réussis; à côté se trouve un échantillon de camphre retiré de la menthe.

Les produits chimiques fabriqués par MM. Baruel, Quesneville, Faure et Darrasse, Lamoureux, Poullac, Wittemann, Rousseau et

autres, peuvent faire juger des progrès de la science analytique.

M. Menier a exposé du piperin, de la strychnine, du zinc cristallisé.

Parisel a exposé de l'huile amère de carapa obtenue par un moyen chimique, de l'acide picrique.

Hottot a présenté de la pepsine dosée d'après la formule de Corvisart; il avait également de la pepsine granulée et amylacée.

L'art de préparer certains produits pharmaceutiques tient à la chimie, parce qu'ils ont pour principes actifs des agents chimiques.

Foucher, d'Orléans, fait tous ses efforts pour que les médicaments soient amenés à l'état de granules. C'est beaucoup de pouvoir faire administrer une substance active sous une petite forme.

Leperdriel, Fumouze, Desnoix, ont des noms presque historiques pour la préparation des épispastiques ; aussi ont-ils exposé une grande variété d'emplâtres, de sparadraps, de taffetas vésicants.

Si les chimistes français se sont distingués en apportant à l'Exposition des alcaloïdes végétaux d'une grande beauté, des sels, des oxydes, des acides minéraux d'une extrême pureté, il faut rendre justice aux chimistes étrangers : ils ont dignement lutté avec nous.

Dans la section anglaise, on a admiré les beaux produits de MM. Smith Davy, Yates et Routledge, Mary et Baker ; MM. Garrod, Hosegood, Wilkinson, se sont réellement distingués. John Watson et Sons, M. Johnson Mathey ont montré une collection de sels de platine unique. MM. Clark, Howards, Strafford avaient des alcaloïdes, des sels de quinquina très-beaux.

En Belgique, M. Korner a présenté du phénol.

M. Bruno Breslauner, dans la section de l'Autriche, avait de très-beaux produits.

Je pourrais citer encore les couleurs d'aniline de M. Bayer, de Prusse ; de M. Wurtz, de Leipzig; de M. Merker, sujet allemand, qui avait une admirable collection d'alcaloïdes.

Si l'Allemagne envoie au commerce français de grandes quantités d'alcaloïdes à des prix bien inférieurs à ceux que nous pouvons fabriquer, cela tient à la main-d'œuvre et à ce que ce pays achète par grandes quantités les matières premières, et que les éthers leur coûtent bien moins cher que chez nous.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Gangrène de la bouche; traitement par la créosote camphrée. Guérison.

Depuis le 2 janvier 1867, je traitais une petite fille de trois ans, Noémie Calvet, atteinte de tuberculisation entéro-mésentérique (carreau). Le ventre était assez douloureux pour obliger la petite malade à garder continuellement le berceau dans un logement qui n'était pas humide; les conditions d'hygiène et d'entretien étaient favorables, grâce à l'aisance de la famille.

Ces remarques sont utiles pour l'étiologie de l'affection nouvelle, ou plutôt de la complication survenue le 27 mai dernier.

D'après le rapport des parents, lèvre supérieure enflée, phlyctène dans le repli gingivo-labial, ayant donné lieu à un écoulement de sang caillé noirâtre.

Le 29 mai, on m'envoie chercher, et voici ce que je constate : lèvre supérieure enflée considérablement, et, en la soulevant, deux ulcérations rondes, creusées, blanches, se tenant par la portion supérieure de la circonférence, superposées exactement, comme une boîte à charnière, de la grosseur d'un pois. Contenu caractéristique, grumeleux, sec, blanc, ressemblant à de la moisissure de bois.

Prescription : Lavages avec vin aromatique, sirop d'iodure de fer, huile de morue, trois cuillerées de chacun ; sirop de quinquina, une cuillerée.

Régime : Bouillons, potages, jus de viande, côtelettes. Bon appétit de la malade qui se levait un peu dans la chambre, ou gazouillait assise sur le berceau.

Le 30 mai, lendemain matin, je pars muni d'un petit flacon de créosote, dans laquelle j'ai fait dissoudre une bonne quantité de camphre, dans le but d'agir énergiquement au besoin. En moins de vingt-quatre heures le mal avait fait de grands progrès : ulcérations très-étendues vers la gauche surtout, noirâtres à la périphérie, grumeleuses au centre, surtout au repli de la muqueuse profondément excavée vers le nez; sanie noirâtre, fétide; gencive détruite superficiellement dans l'étendue de 15 millimètres environ, une incisive déchaussée. Point fistuleux sous la lèvre intérieurement. Tout cela exhale une odeur de gangrène.

A l'aide d'un pinceau, je badigeonne les lésions avec la créosote

camphrée plusieurs fois de suite, et je retire quantité de grumeaux, augmentés eneore par l'effet du eaustique, que les parents eroyaient être des vers de pourriture. Je recommande qu'on fasse encore deux cautérisations pareilles dans le courant de la journée, et je fais continuer le régime et les médicaments de la veille.

31 mai. Matin : amélioration notable, ulcérations plus vives, périphérie rouge, inflammatoire, lèvre plus tuméfiée que la veille, comme elle l'était avant-hier. J'attribue eela à la réaetion, à l'action du caustique. Les lésions ne se sont pas agrandies, il y a eu arrêt. Aspect grisâtre, eneore quelques grumeaux. Hémorrhagie légère le matin, sang rouge, d'après le dire de la mère. Une eautérisation à la créosote.

Soir. La lésion a diminué à la lèvre et à la gencive, aréole inflammatoire, détritus putréfiés et brûlés par le eaustique, odeur de dent eariée. Une dent un peu déehaussée, geneive déeollée.

Cautérisations avee créosote eamphrée étendue d'aleool pour affaiblir le eaustique; lavages de deux en deux heures avee vin aromatique aleoolisé par moitié, dès le début du traitement.

1er juin. La lésion va toujours en diminuant, plus de grumeaux ; aspeet gris sale à cause des lavages au vin. La lèvre n'est plus tuméfiée ; aspeet aphtheux.

Une seule eautérisation ; lavages, ete.

2 juin. Cicatrisation de la eommissure, qui s'est bouchée ; uleérations petites comme au début, avec eschares.

Une cautérisation de eréosote eamphrée alcoolisée, lavages au vin aromatique alcoolisé. Huile de morue ; sirops de quinquina et d'iodure de fer. Bon régime *ut suprà*.

3 juin. L'eschare va se détacher de la lèvre, chute le lendemain ; la cieatrisation marehe vite, et je fais seulement laver avec alcool, de plus en plus étendu d'eau, pour ne pas trop irriter les bourgeons eharnus.

6 juin. La cicatrisation a établi des adhérenees entre la lèvre et la geneive sur la ligne médiane, et à la partie inférieure la geneive déeollée de l'ineisive se soulève quand on redresse la lèvre.

9 juin. Cautérisations au nitrate d'argent eontre les adhérences ; bourgeons sous forme de pulpe noirâtre saignante. Guérison complète quelques jours après. Mais la petite malade, sauvée de la gangrène, fut plus tard vietime de sa première affection, vers le milieu du mois d'août.

Ce eas de gangrène, que je pourrais appeler *blanche*, est intéressant à plusieurs points de vue : lésions constatées dès le début,

propres au noma, sauf le noyau d'induration, et la tuméfaction des ganglions, qui n'existaient pas d'une manière bien notable, et que l'enfant laissait peu examiner, en criant et en se débattant ; traitement énergique appliqué à temps. La créosote avait déjà été employée par le docteur Holbach (Bouchut, *Pathologie de l'Enfance*, p. 482) ; j'eus l'idée d'y ajouter le camphre en solution, comme antiseptique, et je crois que ce mélange est recommandable et propre à avoir raison d'un mal fort grave, généralement rebelle aux agents thérapeutiques.

Dr Lavit,
Ex-médecin-major.

Cessenon (Hérault).

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Charité par S. Jaccoud, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine [1].

M. Jaccoud vient de livrer au public médical les leçons cliniques qu'il a faites à la Charité pendant le semestre d'été de l'année 1866, où il remplaçait notre regretté maître Natalis Guillot. Nous allons essayer d'exposer à nos lecteurs l'esprit de ce livre et de leur en donner un aperçu aussi complet que possible.

Dans une trop courte introduction, l'auteur commence par préciser les bornes de la clinique et il en exclut les grandes questions de philosophie médicale, dont il est loin toutefois de nier l'importance : « Les médecins de tous les temps, de toutes les sectes, dit-il, de toutes les écoles, se rencontrent égaux et unis devant le lit du malade. Arrivés là, tous, spiritualistes et matérialistes, vitalistes et organiciens, oubliant les controverses du cabinet, laissant les discussions théoriques, se proposent le même but, la guérison du malade, et, pour atteindre ce but, tous se préoccupent exclusivement de remplir cette double obligation : reconnaître par les méthodes et les procédés de la médecine pratique quelle est la maladie actuelle, et chercher dans la manière dont le malade en est affecté les indications positives d'une thérapeutique opportune. »

« La clinique a un double caractère par quoi elle est à la fois une science et un art. Comme science, elle emprunte à toutes les branches des connaissances médicales ; elle fait, elle doit faire succes-

(1) Adrien Delahaye, éditeur. Paris, 1867.

sivement appel à l'anatomie, à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique expérimentale ; franchissant même les limites du cercle médical, elle demande aux sciences physiques et naturelles des secours dont elle ne saurait se passer. Comme art, elle peut être définie : l'art d'examiner les malades, et d'en apprécier l'état au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. » Cette façon d'envisager la clinique était celle des maîtres ; de Graves, de Trousseau ; il semble que, dans ses leçons, M. Jaccoud ait cherché à imiter l'auteur anglais dont il a traduit les œuvres ; on ne saurait trop le féliciter d'avoir suivi un pareil modèle.

Ce volume traite les sujets les plus divers et embrasse, on peut le dire, toute la pathologie ; cela devait être, la clinique présentant toujours de l'imprévu. puisque le devoir du professeur est de faire comprendre à ses élèves les malades qui passent dans ses salles ; aussi y trouve-t-on même des leçons de séméiologie pure, science importante pour guider au début des études cliniques. (Séméiologie du cœur. Principes généraux pour l'examen clinique du cœur.)

Les trois premières leçons ont pour objet la pneumonie et surtout son traitement. Les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* n'ont sans doute pas oublié les extraits que nous avons donnés dans ce recueil [1], mais ce que nous tenons à rappeler, c'est que l'auteur a établi nettement que la pneumonie franche a une marche naturelle, comme le prouve le cycle thermométrique de cette maladie. Ce cycle, on l'obtient de la manière suivante : Matin et soir on prend la température du malade et on la note sur un papier divisé *ad hoc ;* puis, en réunissant par une ligne brisée les points de niveau variable qui expriment les oscillations biquotidiennes du thermomètre, on obtient une courbe qui est une véritable représentation graphique de la maladie, et qui permet de saisir d'un coup d'œil toutes les particularités de son évolution ; si bien que, pour la pneumonie et quelques autres maladies fébriles, un médecin habitué à ce genre d'études peut reconnaître au simple examen d'une courbe complète la maladie qui l'a fournie. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette importante question. La pneumonie marche suivant des lois précises, comme la variole, par exemple, et il ne faut jamais perdre ce fait de vue quand il s'agit du traitement, qui a été exposé d'une façon très-complète et très-impartiale. Nous recommandons spécialement à nos lecteurs cette partie de l'ouvrage, et surtout à ceux d'entre eux qui n'ont pas encore abjuré la

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXXII, p. 438 et 481.

saignée comme *règle générale* de traitement dans la pneumonie.

Après les maladies du poumon viennent des leçons sur les maladies des divers organes, maladies du cœur et des gros vaisseaux, du péricarde, du foie et des voies biliaires. Rien sur les lésions de l'encéphale, mais en revanche un cas de paraplégie a fourni au professeur l'occasion d'une leçon des plus brillantes. Il y a là une discussion de diagnostic dans laquelle excelle M. Jaccoud. La méthode qu'il emploie est celle du diagnostic par exclusion, et nulle ne nous paraît plus rationnelle. Nous voudrions citer les pages où il montre la supériorité du diagnostic médical sur le diagnostic physiologique, mais cet article doit avoir des bornes. Nous mentionnerons toutefois la septième clinique, qui traite de l'insuffisance aortique : le lecteur y trouvera exposé avec une lucidité parfaite le mécanisme de la compensation cardiaque, de la mort subite, si fréquente dans cette maladie, et, chose plus précieuse encore, les indications thérapeutiques que le médecin doit suivre dans le traitement des maladies du cœur, où l'art reste si souvent impuissant et désarmé.

Un tableau complet de l'atrophie musculaire progressive se trouve résumé en deux leçons, et il est suivi de l'histoire d'un malade atteint d'atrophie nerveuse progressive, ce qui a permis à M. Jaccoud d'exposer à ses auditeurs l'état de la science sur cette maladie rare et encore peu connue.

Nous avons hâte d'arriver à la partie vraiment originale de ce livre, c'est-à-dire aux leçons sur les pyrexies, la variole, la fièvre intermittente, la fièvre typhoïde. Le professeur n'a point cherché à faire un tableau classique de ces maladies si communes dans nos hôpitaux et dont la description se trouve dans les livres élémentaires : il s'est borné à les étudier cliniquement, au point de vue de l'exploration thermométrique, et a prouvé que ce mode de recherches, employé méthodiquement, donnait des résultats bien précis, bien positifs, presque mathématiques, oserai-je dire.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'étude de la température a été appliquée à la marche des maladies ; les travaux d'Andral, de Gavarret, de Henri Roger sont connus de tous les médecins : mais jusqu'ici ces recherches n'avaient abouti qu'à peu de chose, et il faut bien reconnaître que depuis une dizaine d'années l'étude de la température, reprise dans une nouvelle direction, a fourni des résultats inattendus. En Angleterre, Sydney-Ringer; en Allemagne, Traube, Thomas, Wunderlich, Griesinger, ont surtout contribué par leurs travaux à préciser nettement la signification et la valeur

de la température morbide. Les médecins français qui sont encore peu familiarisés avec ce genre d'études trouveront dans ce livre des renseignements nombreux sur ce sujet. Les caractères thermiques de la fièvre typhoïde notamment sont exposés avec une clarté remarquable, et l'on y verra résumés les travaux de l'école allemande, qui comprennent plus de deux mille observations.

M. Jaccoud, on le sait, a un talent exceptionnel pour éclairer les questions difficiles et les élucider. Il sait poser nettement les faits, et tirer les conclusions qui en découlent. C'est le type du vulgarisateur de la science cosmopolite, et, par le temps actuel, c'est le plus beau rôle qui puisse être donné à l'homme. On en trouvera une nouvelle preuve dans cette partie de son ouvrage. Et qu'on n'aille pas croire que ces recherches, qui au premier aspect paraissent étranges et dictées par le seul mobile de la curiosité scientifique, n'aient aucun but pratique. M. Jaccoud va au-devant de l'objection et montre que la connaissance de ces phénomènes est d'une grande importance clinique au point de vue diagnostique et surtout pronostique. Il en donne un exemple frappant dans sa dix-neuvième leçon, où le thermomètre a seul permis d'exclure le diagnostic méningite qui était en suspens. Au point de vue du pronostic, la courbe thermométrique fournit des renseignements précieux au médecin ; elle l'avertit de la gravité de la maladie ; elle le prévient si la maladie ne suit pas son évolution naturelle ; elle lui annonce sans aucune erreur le début de la convalescence vraie, et nul ne méconnaîtra la valeur de cet instrument, qui peut jusqu'à un certain point permettre au médecin de prédire la marche d'une maladie et de prévenir les parents.

Les dernières cliniques n'ont pas un moindre intérêt. Elles comprennent le mal de Bright, l'urémie et le diabète sucré. L'albuminurie a donné lieu à de nombreux travaux qui n'ont point encore élucidé toute cette question. M. Jaccoud, pour sa part, y a contribué ; à l'hôpital de la Charité, il s'est contenté d'exposer les diverses formes de cette maladie au point de vue clinique. Faisant ressortir la contradiction qui existe entre le mal de Bright parfaitement défini et spécialisé en clinique, et le mal de Bright qui, en anatomie pathologique, comprend des lésions diverses, la confusion qui existe entre l'état anatomique et la forme morbide, il décrit trois formes distinctes contenues dans le complexus morbide connu sous le nom de *mal de Bright*, à savoir : la néphrite parenchymateuse ou diffuse, forme commune ; la forme amyloïde, et la cirrhose atrophique.

Signalons au lecteur, en terminant, les pages consacrées à l'urémie et au diabète sucré; elles renferment l'état actuel de la science sur ces deux maladies, qui deviennent de plus en plus communes à mesure qu'on les connaît mieux.

Ce livre vient heureusement s'ajouter aux travaux précédents du même auteur et montrer toute sa valeur. Tout le monde s'accordait à reconnaître en lui un écrivain des plus érudits, doué d'un merveilleux talent d'exposition et de critique; dans ses leçons, nul ne pourra méconnaître le clinicien sagace et prudent, le thérapeutiste sage et habile, digne à tous égards d'instruire les élèves dans la science de guérir.

Qu'on ne nous accuse pas d'un enthousiasme exagéré; mieux qu'aucun autre nous étions à portée de la voix du maître, et nous sommes encore sous le charme de cette parole éloquente qui tenait les auditeurs attentifs. Tous ceux qui auront suivi les cliniques de M. Jaccoud ne les oublieront pas, nous en sommes convaincu. Quant à nous, elles resteront à jamais gravées dans notre mémoire. F. Bricheteau.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la compression digitale dans le traitement des anévrysmes. — C'est à M. Vanzetti, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Padoue, que la science doit le traitement des anévrysmes externes par la compression digitale; nous avons rapporté, dans ce recueil, en 1858, les premiers succès de M. Vanzetti [1]. Depuis, bon nombre de chirurgiens français ont obtenu, par la même méthode, les mêmes résultats; mais les faits ne sauraient trop se multiplier, et c'est pourquoi nous mettons sous les yeux de nos lecteurs les nouveaux faits que M. Vanzetti vient de communiquer à la Société de chirurgie.

Parmi ces observations, la première est due au docteur Vecelli, chirurgien de l'hôpital de Treviso; la seconde, au docteur Vigna, un des chirurgiens du grand hôpital de Venise; la troisième, au docteur Franzolini, chirurgien de l'hôpital de Sacèle. Ces trois médecins ont été les élèves de Vanzetti, et l'habile chirurgien doit être heureux et fier d'avoir fait école.

[1] *Bullet. de Thérap.*, t. LV.

Obs. I. *Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle. — Compression digitale. — Guérison en trente minutes. — (Hôpital de Treviso. Docteur Vecelli.)* — P***, Antoine, âgé de quarante-quatre ans, paysan de la province de Treviso, fut reçu dans la division chirurgicale de l'hôpital de cette ville, le 13 novembre 1865.

Un mois et demi auparavant, cet homme, en coupant du pain avec une serpette, se fit une blessure assez profonde et longue de 2 centimètres à la paume de la main, entre les éminences thénar et hypothénar, à 3 centimètres du premier pli cutané du carpe. Voyant jaillir le sang en abondance et par jet saccadé, il s'adressa de suite au médecin de la localité. Celui-ci appliqua sur la blessure un tampon solide et le maintint en place avec un bandage assez serré. Le cinquième jour, le pansement fut enlevé, la plaie était cicatrisée.

Au bout de douze jours, le paysan, s'étant remis à ses travaux habituels, s'aperçut qu'une saillie agitée par des battements s'était formée au milieu de la cicatrice. Il continua cependant à se servir de sa main, quoiqu'elle fût le siége de douleurs, mais en évitant de presser sur la tumeur. Un peu plus tard, il remarqua qu'elle avait notablement augmenté de volume ; et la voyant toujours s'accroître, il pensa alors à réappliquer le bandage primitif, en le serrant davantage, dans l'espoir de faire par là disparaître sa tumeur. Au bout de quatre jours, l'ayant ôté, il reconnut que non-seulement la tumeur n'avait pas disparu, mais qu'à son sommet, il s'était formé une tache noire. Effrayé, il se rendit à l'hôpital de Treviso, où il fut reçu vers le soir.

Ayant examiné la main malade, je n'eus pas de peine à reconnaître un anévrysme, résultant de la blessure faite à l'arcade palmaire superficielle, avec cette particularité d'une petite tache ecchymotique à son sommet, résultant de la forte compression que le malade avait exercée sur la tumeur par son bandage. La tumeur présentait tous les signes classiques de l'anévrysme, était réductible et égalait environ la grosseur d'une noix, un peu pointue.

Pouvant disposer d'une demi-heure, j'essayai de suite la compression digitale de l'humérale. Je l'exécutai seul, sans même m'inquiéter qu'elle fût rigoureusement continue. Une demi-heure ne s'était pas écoulée, que je cessai cette compression, et examinant la tumeur, je la trouvai sans pulsations, sans souffle, et déjà solidifiée.

Très-satisfait de ce résultat, je continuai néanmoins la compression encore pendant quinze minutes, pour assurer davantage la solidification ; puis, je plaçai le bras dans une simple écharpe, en ordonnant aux infirmiers de surveiller les mouvements du malade pendant son sommeil.

Après sept jours, la tumeur était devenue tout à fait solide ; on permit au malade de retourner chez lui, en lui enjoignant de ne pas se servir de son bras et de revenir dans un mois. — Revenu à l'époque prescrite, on trouva la tumeur très-solide, et réduite à la moitié de son volume primitif. La guérison s'est maintenue.

Obs. II. *Anévrysme de l'artère fémorale. — Compression digi-*

tale. — Guérison en moins de dix heures. — (Hôpital de Venise. Docteur Vigna.) — J.-B. P*** (de Venise), maçon, âgé de quarante-quatre ans, se fait recevoir à l'hôpital de cette ville, le 17 septembre 1866, pour une tumeur qui faisait saillie au côté interne de sa cuisse droite.

Le malade est de constitution robuste ; il n'a pas eu de syphilis ; rien du côté du cœur et des gros vaisseaux. Il y a deux mois qu'il s'est aperçu de l'existence d'une tumeur à sa cuisse droite : petite au commencement, elle augmenta progressivement de volume. La tumeur lui causant depuis quelques jours de la douleur et l'empêchant de travailler, le malade entre à l'hôpital.

Cette tumeur est située immédiatement au-dessus du passage de l'artère fémorale, dans l'anneau du troisième adducteur : elle fait une saillie très-visible au côté interne de la cuisse; sa forme est ovoïde; son diamètre longitudinal est de 15 centimètres, le transversal de 9 centimètres. On aperçoit de loin ses mouvements d'expansion et d'abaissement, qui cessent dès que l'on comprime l'artère à l'aine; la peau qui la recouvre est un peu rouge, sa température exagérée ; le souffle anévrysmatique est très-manifeste ; sur le côté interne de la cuisse, on aperçoit des veines un peu turgides.

Pendant deux jours, on tient le malade au lit, en observation ; le troisième, on commence la compression digitale à huit heures et demie du matin. Cette compression a lieu sur le pubis, complète et continue, pratiquée par deux jeunes médecins, par quatre élèves et quelques infirmiers de la salle. A quatre heures de l'après-midi, les pulsations de la tumeur et le souffle étaient plus faibles ; à cinq heures, à peine perceptibles; à six heures, ils avaient cessé complétement, pour ne plus reparaître. Pendant les deux premières heures, le malade éprouva à la cuisse une sensation d'engourdissement et des fourmillements au pied. La couleur un peu rouge de la peau qui recouvrait la tumeur disparut le même jour ; sa température resta pendant quelques jours supérieure à celle du membre sain. Vingt-huit jours après, son diamètre longitudinal était réduit à 6 centimètres, et le diamètre transversal à 5 centimètres. Au bout d'un mois, le malade reprit ses occupations habituelles, et le 23 août 1867, je l'ai revu en parfaite santé. Il ne reste à la place de l'anévrysme qu'un noyau dur et indolent, grand comme une petite noix.

Obs. III. — *Anévrysme artério-veineux au pli du bras. — Compression digitale indirecte de l'humérale, directe de la veine basilique.—Guérison le soixantième jour.— (Hôpital de Sacèle. Docteur Franzolini.)* — J. M***, paysan, trente-trois ans, habitant aux environs de Sacèle, a été saigné à la basilique du bras gauche, le 25 juin 1865. Pour arrêter le sang, on avait été obligé d'employer une compresse beaucoup plus épaisse qu'à l'ordinaire et de serrer le bras très-fortement. Le 3 juillet, il se fit recevoir à l'hôpital de Sacèle pour des douleurs et des pulsations qu'il ressentait dans le bras.

A mon examen, j'ai trouvé au pli du coude, à l'endroit de la

cicatrice de la saignée, un anévrysme artério-veineux, profond, saillant, ayant le volume d'une noix; il existait, très-accentués, les symptômes suivants : le susurrus pathognomonique continu-rémittant, cessant en comprimant la veine à l'endroit de la cicatrice ; le souffle anévrysmatique intermittent; la cessation de tout bruit et du frémissement, aussitôt que l'on comprime l'humérale.

J'ai entrepris de suite la cure de cet anévrysme, de concert avec le docteur Jabbroni, mon collègue, par la compression digitale et simultanée de l'artère humérale et de la veine basilique, d'après la méthode du professeur Vanzetti (de Padoue).

Après avoir fait la compression pendant vingt-quatre heures, nous nous adjoignîmes, pour ce long traitement, le pharmacien, un infirmier, un convalescent de l'hôpital, ainsi qu'un frère, un beau-frère et un neveu du malade : ces personnes apprirent vite et convenablement à faire la compression.

4 juillet, soir (trente-six heures de compression aussi continue que possible). Le thrill est beaucoup moins fort ; les battements et le souffle persistent au même degré.

5 juillet, soir (soixante heures de compression). Le thrill a complétement cessé; les battements et le souffle continuent. L'anévrysme est réduit à l'état d'anévrysme artériel simple.

6 juillet, matin (soixante-quatorze heures de compression). Mêmes symptômes. On cesse la compression continue de l'artère, pour ne la faire, pendant plusieurs heures de la journée, qu'intermittente.

7, 8, 9, 10, 11 juillet. On fait de six à huit heures de compression ; les battements et le souffle continuent toujours.

12 juillet. On croit sentir de nouveau un faible thrill, et l'on reprend de suite, pendant vingt-quatre heures, la simple compression continue.

13 juillet. Le thrill a cessé de nouveau pour ne plus reparaître ; les battements et le souffle, quoique à un plus faible degré, continuent toujours.

14 juillet. Le malade se trouvant bien, ne souffrant pas, voyant que la compression pouvait lui être faite aussi bien chez lui, par ses parents, quitta l'hôpital.

16 juillet. La tumeur a sensiblement augmenté de volume depuis ces deux jours, et le malade vient se faire voir à la consultation. Ne voulant rentrer à aucun prix à l'hôpital, je l'exhorte à faire exercer la compression plus assidûment, et je me propose d'aller le voir souvent.

14 août. L'anévrysme a augmenté de volume, quoique la compression ait été faite de six à huit heures par jour (au dire du malade). La tumeur est grosse comme un œuf de poule, mais elle ne présente point de symptômes alarmants. Les téguments conservent leur aspect normal; les parois de l'anévrysme sont d'une épaisseur égale et considérable; le malade se promène avec son bras en écharpe. Il persiste à ne pas vouloir rentrer à l'hôpital et promet de se faire comprimer dorénavant l'artère pendant toute la journée.

17 août. J'ai le plaisir de trouver que les battements et le souffle

ont complétement cessé. Je recommande au malade de se tenir tranquille et de ne faire aucun mouvement avec son bras.

18 août. Les battements et le souffle ont reparu malheureusement. On continue le traitement.

3 septembre. On fait la compression tous les jours pendant huit à dix heures ; aujourd'hui la solidification de la tumeur est complète.

3 octobre. La tumeur, désormais très-dure, est réduite au volume d'un œuf de pigeon ; le malade commence à se servir de son bras, qu'il sent très-affaibli.

3 novembre. Le malade a déjà repris les travaux des champs.

Le 14 août 1864, je saisis l'occasion de la présence du docteur Vanzetti pour lui montrer ce paysan. Nous sentons au pli du bras, au-dessous de la veine basilique, une tumeur grosse a peine comme un petit pois, extrêmement dure, indolente, et lorsqu'on exerce une certaine pression dessus, on fait très-bien cesser les battements artériels de la radiale.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouvel exemple des bons effets de l'éther pulvérisé dans la métrorrhagie puerpérale. Le 5 avril dernier, à dix heures du soir, dit M. Broadbent, de Manchester, je fus appelé auprès d'une femme en travail de son douzième enfant. La dilatation du col était peu avancée et les douleurs faibles. Je reconnus une présentation des fesses ; l'accouchement se termina dans la matinée suivante, sans rien d'extraordinaire, si ce n'est que le placenta était adhérent, et qu'il fallut introduire la main dans l'utérus pour le détacher. La délivrance, ainsi opérée, fut suivie d'une hémorrhagie abondante, contre laquelle les moyens auxquels on a ordinairement recours, le seigle ergoté, les serviettes imbibées d'eau froide sur la vulve, et l'introduction de la main dans la matrice, restèrent sans résultat. La perte continuait, et déjà la malade s'affaiblissait rapidement et était presque sans pouls. La main pouvait se mouvoir dans l'utérus comme dans une cavité inerte, sans exciter aucune contraction des parois. Les aspersions d'éther pulvérisé, faites à double jet sur la région hypogastrique, mirent promptement fin à cette situation inquiétante : l'utérus commença presque immédiatement à se contracter, et la perte s'arrêta. L'inertie, cause évidente de l'hémorrhagie, ne se reproduisit pas, et la malade se rétablit parfaitement. (*British Medical Journal*, 8 juin 1867.)

Empoisonnement mercuriel par la pommade au citrate acide de mercure. Le docteur Dubar a publié le fait suivant que nous signalons à nos lecteurs La nommée Mathilde L***, âgée de vingt-deux ans, servante de ferme, me consulta, il y a trois mois, pour une affection psorique, contre laquelle je lui ordonnai la pommade d'Helmerich, étendue d'axonge. Ne se trouvant pas guérie assez promptement, elle alla depuis demander aux pharmaciens diverses pommades qui lui fissent *plus d'effet*. Elle employa, à ce que j'ai su depuis, la pommade citrine, qui fut également sans résultat. Enfin, il y a huit jours, elle s'adressa à un pharmacien qui lui délivra, *sans ordonnance*, et sans examiner la malade, une pommade au citrate acide de mercure. Ce nouveau remède ne resta malheureusement pas inactif.

La malade s'était tellement gratté le derme, à cause des démangeaisons, que la peau, surtout celle du dos, offrait de nombreux points ulcérés. En

outre, la pommade au nitrate acide, mal conservée ou mal préparée, s'était décomposée en deux parties, l'une composée de matières grasses, l'autre entièrement liquide, qui n'était autre que le poison. Or, c'est précisément avec ce liquide qu'on la frotta. L'absorption se fit et les symptômes d'empoisonnement mercuriel ne tardèrent pas à apparaître : ptyalisme, mal de gorge, douleurs épigastriques et abdominales, vomissements porracés et selles sanguinolentes, liséré gingival, etc.

On me fit appeler le lendemain de l'apparition de ces symptômes ; j'employai sans délai l'eau albumineuse, le lait, puis le chlorate de potasse. Rien ne put la sauver ; le pouls radial fut toujours insaisissable ; la diarrhée sanguinolente et les vomissements continuèrent jusqu'à sa mort, qui arriva le quatrième jour.

N'est-il pas regrettable de voir des pharmaciens sortir de leurs attributions et délivrer à tout hasard, au détriment des malades, des médicaments dangereux, et dont l'emploi inopportun occasionne de si terribles conséquences ? Et il y a des gens qui réclament la liberté illimitée de la pharmacie ! (*Gazette des Hôpitaux.*)

Des scarifications stibiées. Le docteur Pigeolet recommande, dans les cas où l'on désire obtenir une révulsion violente et prolongée, le tartre stibié, employé de la manière suivante : Des scarifications sont faites sur la partie malade avec l'instrument ordinaire, et immédiatement après l'incision de la peau, on fait une friction avec une pommade stibiée, fortement chargée au quart, au cinquième, ou au huitième en poids. Le lendemain de cette première application, chaque incision est le siége d'une pustule, dont l'aréole inflammatoire, le volume et la forme sont en rapport avec la profondeur et l'étendue de l'incision.

Lorsque cette première révulsion est jugée suffisante, on s'abstient de toute application ultérieure, et les pustules ne tardent pas à se détacher. Si l'on veut entretenir l'action révulsive, augmenter son intensité, on renouvelle les jours suivants l'application de la pommade. En laissant, si on le juge convenable, un jour d'intervalle et en frictionnant au moyen d'un linge ou d'un tampon recouvert de la préparation, on obtient un résultat qu'on peut facilement graduer.

Ce mode de révulsion offre de grands avantages dans les névralgies des membres et du tronc, surtout dans la sciatique, qui se montre quelquefois si rebelle à tous les moyens thérapeutiques ordinaires ; mais il faut être prudent, car le tartre stibié produit une éruption pustulente très-tenace, et qui, faute de soins, peut amener des eschares étendues.

Cette médication trouve surtout son application à la campagne, où les malades sont, en général, mal soignés ; grâce à elle, le médecin peut entretenir une révulsion constante, en surveiller les progrès, et l'arrêter au besoin. (*Journal de médecine de Bruxelles.*)

Contributions à l'enquête sur la valeur du traitement du cancer par la méthode de Broadbent. En terminant l'article (t. LXXI, p. 495) où nous rendions compte de cette méthode, qui consiste, comme on s'en souvient, à injecter dans l'épaisseur des tissus cancéreux de l'acide acétique dilué, nous promettions de revenir sur ce sujet, à mesure que de nouveaux faits se produiraient. Voici l'analyse d'un certain nombre de cas qui ont été observés à l'hôpital des cancéreux, par M. Weeden Cooke.

M. Weeden Cooke, voulant soumettre au contrôle de l'expérience la méthode du docteur Broadbent, a choisi quatre cas de cancer du sein, un d'épithelioma du rectum, et deux d'épithelioma de la joue. Le mélange dont il s'est servi était de 1 partie d'acide pour 3 parties d'eau. La douleur n'a été très-vive dans aucun des cas, excepté chez l'homme atteint de cancer du rectum ; cet infortuné a éprouvé de si vives douleurs, qu'il n'a voulu se soumettre que deux fois aux injections, et malheureusement la maladie s'est beaucoup aggravée à la suite. Dans les deux cas d'épithélioma de la joue, aucun effet n'a été produit par l'acide affaibli. Dans l'un de ces cas, une solution plus énergique a été alors employée, qui a produit une légère escharification, mais sans arrêter les progrès de la maladie. Dans le premier cas de squirrhe de la mamelle, il se manifesta de l'inflammation, qui reparut de nouveau après une seconde injection pratiquée trois semaines après la première ; il s'ensuivit beaucoup de douleur, et la malade, qui était d'ailleurs une personne débile et nerveuse, ne put davantage suivre le traitement. La même injection fut mise

en usage chez une autre malade du debors deux fois, sans résultats, bons ou mauvais et elle retourna chez elle à la campagne. Une tumeur de la mamelle très-vasculaire, quoique dure, chez une jeune femme, fut injectée une fois : il y eut à la suite une douleur considérable et de l'inflammation, suivie d'escharification ; la plaie se cicatrisa heureusement et l'expérience ne fut pas répétée. Chez une vieille femme, à l'hôpital des cancéreux, l'injection fut répétée six fois Ce cas paraissait être un cas favorable en raison de la présence de kystes dans le tissu squirrheux, et la douleur produite fut supportable. Pendant les deux mois suivants, la tumeur diminua de volume; mais ensuite la suppuration survint, puis des hémorrhagies, et la terminaison fatale ne se fit pas attendre longtemps. — Un monsieur s'est présenté, il y a deux mois, à M. Weeden Cooke, avec un cancer épithélial de la joue fort étendu, pour lequel plusieurs injections avaient déjà été faites par d'habiles chirurgiens ; la maladie n'en continuait pas moins à faire de rapides progrès. Une malade, actuellement soignée par M. Cooke pour un squirrhe ulcéré du sein, a été injectée une vingtaine de fois, à ce qu'elle pense, à London Hospital ; l'ulcération n'est survenue qu'après le commencement du traitement, et la tumeur a depuis également beaucoup augmenté de volume.

Voilà certes des résultats qui ne sont pas encourageants. Mais M. Broadbent n'a pas eu la prétention sans doute que sa méthode pourrait guérir tous les cancers. Il l'a proposée à l'étude et à l'expérimentation clinique. Il y a donc lieu d'attendre de nouveaux faits ; l'avenir dira s'il existe des cas et s'il est des conditions où cette méthode peut être appliquée avec avantage. (*British Med. Journ.*, 1er juin 1867.)

Vaginisme ; exemple des bons effets qu'on peut obtenir par la dilatation graduelle. Les importants mémoires que Debout et Michon ont publiés, en 1861, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, ont dit tout ce qu'il y a d'essentiel sur la pathologie, les indications et le traitement de cette pénible affection, qui est caractérisée par la contracture douloureuse du vagin, et principalement du constricteur de la vulve. Cependant, il ne sera pas sans intérêt de citer ici un fait que M. le docteur Gallard, combattant la pratique, souvent trop énergique, — nous le croyons comme notre confrère, — d'un célèbre chirurgien américain, rapporte comme un exemple propre à montrer les heureux résultats d'un moyen infiniment plus doux que l'incision du muscle contracturé, ou même que la dilatation forcée.

« Il nous sera permis, dit M Gallard, de trouver que l'on fait beaucoup trop bon marché de la dilatation et surtout de la dilatation graduelle associée aux médicaments qui, comme la belladone, peuvent avoir une action spéciale sur les sphincters, et favoriser la dilatation. Je n'ai certainement pas eu occasion de voir autant de cas de vaginisme que M. Sims, qui, trente-neuf fois, a trouvé à faire l'opération dont je viens de parler. Mais dans ceux que j'ai eu à soigner, j'ai été plus favorisé que lui, car jamais je ne me suis vu dans la nécessité de recourir à une opération sanglante. La dilatation avec une simple mèche de charpie enduite d'onguent belladoné, et dont le volume était graduellement augmenté, m'a fort bien réussi, et tout récemment encore j'ai pu constater ses heureux effets chez une femme d'environ trente ans, qui, après sept ans de mariage, n'avait pu, malgré de nombreuses tentatives, arriver une seule fois à l'accomplissement complet de l'acte conjugal L'introduction du petit doigt ne pouvait avoir lieu sans développer une douleur excessive, avec cris, tremblements, etc. J'appliquai cependant une très-petite mèche enduite de pommade belladonée, et je conseillai à la malade de la laisser en place pendant toute la nuit, et d'en réappliquer elle-même une semblable tous les soirs, en ayant soin d'augmenter chaque jour de dix le nombre des brins de charpie employés à la confection de cette mèche. On devait arriver ainsi, et l'on arriva en effet fort rapidement à une mèche d'un volume assez respectable, qui fut fort bien toléré. Après quoi, un beau jour, ou plutôt une belle nuit, le mari enleva lui-même la mèche, qui était restée en place depuis plusieurs heures, ce qui avait permis à la belladone d'exercer son action dilatatrice, et, à sa grande satisfaction, il put pénétrer sans grand'peine là où il essayait vainement de s'introduire depuis sept années. Je n'ai pas besoin de dire quelle fut la joie de ce ménage, trop peu uni jusqu'à ce jour, et je puis ajouter que cette joie ne fut pas troublée depuis. » (*Union méd.*, 1867, n° 121.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Du traitement de l'albuminurie. M. Semmola, professeur de thérapeutique à l'Université de Naples, vient d'exposer le résultat des recherches qu'il a entreprises depuis longtemps sur l'albuminurie. Nous n'en indiquons ainsi que le passage relatif au traitement : La thérapeutique vraiment rationnelle de l'albuminurie brightique se résume dans deux indications : indication étiologique, rétablir l'activité fonctionnelle de la peau ; indication morbide, favoriser les combustions protéiques de l'organisme.

Les sudations dans la laine et, dans les cas plus rebelles, les sudations dans l'étuve sèche, toujours suivies de douches en cercles ou de lotions plus ou moins froides, répondent parfaitement à l'indication de rappeler les fonctions de la peau. Cette méthode est incontestablement supérieure à l'emploi des bains chauds, qui sont moins facilement tolérables, produisent un relâchement général dans tout l'organisme, et surtout n'ont pas le double avantage d'exciter la peau d'un côté et d'avoir un retentissement général sur tous les travaux nutritifs de l'économie. Depuis longtemps j'emploie cette méthode avec le plus grand succès, et j'en ai rapporté, il y a six ans, des cas de guérison très-remarquables. Je n'ai pas à changer mon avis pour les expériences successives, et je suis heureux d'être, sur ce point de thérapeutique, tombé d'accord avec des autorités cliniques éminentes (Graves). Seulement, je ne pourrais pas me passer ici d'une remarque très-nécessaire. Dans aucune maladie, la vigilance incessante et la prudence du médecin ne sont plus indispensables que dans l'application de l'hydrosudopathie au traitement de l'albuminurie. Une petite erreur de durée dans les applications froides après les sudations, une réaction défectueuse sont fatales, parce qu'elles concourent à augmenter rapidement l'intensité des symptômes. C'est pour cela précisément qu'il ne faut pas commencer le traitement d'emblée, mais graduellement et en proportion de la facilité avec laquelle l'organisme répond à l'appel de la médication. — C'est enfin pour la même raison que je crois cette méthode très-peu utile et quelquefois même dangereuse dans la dernière période de la maladie.

L'hydrothérapie peut rendre aussi de grands services pour empêcher le développement de certaines albuminuries qui pourraient ensuite devenir de vraies albuminuries brightiques ; comme, par exemple, celle qui peut suivre la scarlatine. L'excitation hydrothérapique des fonctions de la peau, appliquée quand l'éruption a complétement cessé, est un moyen sûr pour étouffer les dispositions des convalescents de scarlatine à l'albuminurie. Je l'ai appliquée avec un tel succès et avec une telle conviction que j'ai commencé par mes enfants, et je ne saurais assez vivement appeler l'attention des praticiens sur ce point d'hygiène thérapeutique, applicable, sous différents points de vue, dans toutes les fièvres éruptives.

Pour répondre à la seconde indication thérapeutique, c'est-à-dire activer les combustions protéiques de l'organisme, j'ai songé à des moyens qui m'ont semblé ne laisser rien à désirer, c'est-à-dire l'arsenic et les inhalations d'oxygène. On sait très-bien que ces deux agents, et surtout le premier, peuvent produire dans l'organisme physiologique une exagération telle dans les combustions protéiques que l'urée peut augmenter du double et qu'une élévation pareille se produit dans les sulfates et dans les phosphates de l'urine. Il est facile de prévoir l'importance de cette médication dans une maladie qui offre des caractères si saillants de paralysie respiratoire protéique. Les résultats ont dépassé mon attente ; car les albuminuriques soumis au traitement arsenical, oxygéné et hydrosudopathique, présentent des améliorations journalières et marchent rapidement vers la guérison.

Cependant, il faut bien reconnaître que si la période organique est confirmée, comme cela peut être jugé par l'analyse morphologique de l'urine (cylindres fibrineux emprisonnant des cellules épithéliales graisseuses ou infiltrées de granulations protéiques, cylindres granulo - graisseux ou hyalins), les effets de la médication deviennent très-peu appréciables, et même souvent l'état des forces des malades ne permet pas de continuer les pratiques hydrosudopathiques, sans lesquelles les effets comburants

de l'arsenic deviennent presque nuls, à cause, je crois, de l'obstacle que la paralysie des fonctions respiratoires de la peau présente au mécanisme complet de l'action physiologique de ce remède. Cette remarque est très-importante au point de vue de la thérapeutique générale. Elle prouve que l'indication rationnelle d'un remède basé, en général, sur son action physiologique, antagoniste de l'altération morbide, est très-incomplète et qu'elle peut même avorter complétement, si la maladie présente en elle-même des conditions matérielles qui soient contraires au mécanisme de l'action physiologique du médicament que l'on a proposé. J'emploie l'arsenic à doses très-légères : deux ou trois gouttes au plus de liqueur de Fowler dans les vingt quatre heures. Si l'on dépasse ces doses, les effets de l'arsenic deviennent tout à fait contraires ; ce qui prouve que, dans les opinions si contradictoires qui existent sur les effets de l'arsenic, la question des doses doit entrer pour les neuf dixièmes.

Quand la lésion rénale est assez avancée, mais que, d'après l'analyse microscopique, on peut avoir lieu d'espérer encore, j'ai souvent remarqué qu'il est très-utile de joindre au traitement arsénical l'iodure de potassium, qui doit exercer une influence considérable pour arrêter les dégénérescences interstic̄ielles des reins. Cette indication a été, la première fois, rappelée par l'illustre et vénéré maître feu Prudente.

Le régime à choisir pour les albuminuriques doit être le régime végétal ou féculent avec très-peu de viande. Quand on prétend réparer les pertes de l'albumine par une alimentation excessivement azotée, l'on oublie les lois physiologiques de la nutrition, ou l'on croit très-naïvement qu'il suffit de fourrer dans l'estomac tout ce qu'on veut pour qu'un organisme malade puisse remplir ses lacunes chimiques — comme cela se voit dans plusieurs prétendus progrès de la thérapeutique moderne. (*Académie de médecine.*)

Traitement des tumeurs cirsoïdes artérielles. Sous ce num M. Gosselin désigne la dilatation insolite des artères au voisinage de leur terminaison, dans cette partie du système artériel qu'en anatomie classique nous appelons artérioles ou ramuscules. Cette dilatation forme des tumeurs distinctes, avec lesquelles coïncident souvent, il est vrai, les tumeurs érectiles et l'anévrysme cirsoïde. Elles sont l'occasion d'accidents sérieux et nécessitent une intervention chirurgicale particulière.

Les tumeurs cirsoïdes artérielles se rencontrent spécialement sur les sujets de dix-huit à quarante ans, et se reconnaissent aux symptômes suivants : saillie plus ou moins volumineuse et étendue, présentant des pulsations isochrones à celles du pouls, dépressible, offrant sous le doigt la sensation de cordons flexueux multiples qui disparaissent par la pression, donnant enfin à l'auscultation un bruit de souffle tantôt intermittent, comme celui des anévrysmes ordinaires, tantôt continus, saccadés, comme celui des anévrysmes variqueux.

Dans le traitement de ces tumeurs, M. Gosselin rejette la ligature des troncs artériels, l'ablation totale de la tumeur, et donne la préférence à l'injection plusieurs fois répétée dans la trame même de la tumeur, avec le perchlorure de fer. Dans trois cas M. Gosselin a employé avec succès ce traitement par les injections cinq ou six fois répétées de perchlorure de fer. Dans un de ces faits, il y eut suppuration de la tumeur et une hémorrhagie consécutive ; on employa le fer rouge, tant en vue d'arrêter l'hémorrhagie qu'en vue de compléter l'oblitération de la tumeur vasculaire. (*Académie des sciences.*)

De l'ablation des malléoles fracturées dans les luxations du pied compliquées. M. Sédillot résume de la manière suivante un travail qu'il a soumis au jugement de l'Académie :

La résection des surfaces articulaires tibio-péronières et l'ablation des malléoles fracturées semblent les indications les plus favorables au traitement des luxations du pied compliquées de plaie et de l'issue des os de la jambe.

Des incisions longitudinales doivent être étendues aux deux côtés de la jambe, au delà des extrémités osseuses, afin d'ouvrir largement l'articulation tibio-tarsienne et d'offrir une libre issue aux liquides épanchés dont la rétention et la putridité sont prévenues.

Ces incisions font cesser la tension et l'étranglement des téguments et fa-

vorisent la réduction. La résection des surfaces ostéo-cartilagineuses permet également de replacer plus aisément les os luxés, relâche les tissus et tend à rendre la guérison plus simple et plus prompte.

Si l'astragale était brisé, il faudrait enlever les fragments mobiles, ou même la totalité de l'os; on se bornerait à en détacher la couche ostéo-cartilagineuse supérieure ou tibiale, si l'on ne constatait pas de fracture et que l'opération n'entraînât ni trop de délabrement, ni trop de difficultés.

Les fibro-cartilages articulaires se séparent des os subjacents, en totalité ou en partie, dans les articulations ouvertes et suppurées, et jouent alors le rôle de corps étrangers, ou sont absorbés sur place. Ces changements exigent habituellement un temps assez long, et l'on peut espérer l'abréger par la résection.

La conservation du périoste des extrémités des os de la jambe et des malléoles n'aurait aucun avantage et peut être négligée.

Parmi les indications curatives auxiliaires, l'immobilité tient le premier rang. La réduction doit être complète et le pied maintenu à angle droit sur la jambe et très-légèrement incliné en dedans, comme il l'est naturellement.

Les attelles plâtrées, embrassant la partie postérieure de la jambe, le talon et la face plantaire du pied, semblent le meilleur moyen de contention. Il est nécessaire de les doubler de coton et de les recouvrir d'un vernis imperméable pour empêcher le ramollissement. On les renouvelle dès qu'elles étranglent les parties, font obstacle au libre écoulement du pus ou cachent des lésions (ulcérations et abcès) qu'il importe au chirurgien de reconnaître et de combattre.

L'ankylose est, en général, le résultat le plus désirable à obtenir. Chez les jeunes gens cependant, et lorsque les plaies sont fermées rapidement et sans accidents, on pourrait tenter la formation d'une pseudarthrose par des mouvements provoqués et renouvelés. Les cellules régénératrices restent à l'état fibreux et fibro-cartilagineux, et une certaine mobilité s'établit entre le tibia et l'astragale, et remplace, au moins en partie, la jointure du cou-de-pied. Dans tous les cas, les articulations médio-tarsienne et astragalo-scaphoïdienne aident, par leur laxité, au rétablissement des usages du membre, et la marche, favorisée par un talon un peu élevé, s'exécute facilement.

Nous ne parlons pas des accidents ordinaires, primitifs et consécutifs, si fréquents à la suite des luxations compliquées du pied; l'histoire en est tracée dans tous les ouvrages de chirurgie, et les procédés que nous avons proposés ont pour but d'en prévenir le plus grand nombre.

Nous ne croyons pas avoir résolu toutes les questions que nous venons d'exposer. L'expérience seule, et une expérience prolongée, pourra en fixer définitivement la valeur. Mais nous sommes convaincu de l'avantage, dans les sciences expérimentales et pratiques comme la nôtre, d'appeler l'attention et la controverse sur les difficultés qui se présentent chaque jour et que l'on n'est pas encore parvenu à résoudre. Chacun s'efforce alors d'apporter sa part d'observation aux points en litige, et la science et l'art s'éclairent et se perfectionnent. (*Académie des sciences.*)

VARIÉTÉS.

Exposition internationale des Sociétés de secours pour les malades et blessés des armées de terre et de mer.

Au milieu des merveilles de l'industrie et des curiosités aussi attrayantes qu'instructives que renferme le Champ de Mars, il est, dans un coin du parc, une exposition particulière, simple et modeste, mais qui n'en mérite pas moins d'attirer l'attention de tout homme animé de sentiments charitables et philanthropiques. C'est l'exposition internationale des sociétés de secours pour les blessés. Au point de vue purement médical, cette institution intéresse tous nos lecteurs, aussi avons-nous jugé utile de leur en donner une courte description.

A la suite des conférences tenues à Genève en octobre 1863, il fut conclu,

l'année suivante, dans cette ville, une convention dont les principes généraux sont les suivants :

Les ambulances et les hôpitaux militaires seront reconnus neutres et, comme tels, protégés et respectés par les belligérants, aussi longtemps qu'il s'y trouvera des malades ou des blessés.

Le personnel des hôpitaux et des ambulances, comprenant l'intendance, les services de santé, d'administration, de transport des blessés, ainsi que les aumôniers, participeront aux bénéfices de la neutralité.

Les habitants des pays qui porteront secours aux blessés seront respectés et demeureront libres.

Tout blessé recueilli et soigné dans une maison y servira de sauvegarde.

Les militaires blessés ou malades seront recueillis et soignés, à quelque nation qu'ils appartiennent.

Un drapeau et un pavillon distinctifs et uniformes seront adoptés pour les hôpitaux, les ambulances, les dépôts de matériel et les convois du service de santé. Un brancard est également admis pour le personnel neutralisé. Le drapeau, le pavillon et le brassard portent croix rouge sur fond blanc. Ce pavillon est bien connu des visiteurs de l'Exposition.

Une fois le congrès de Genève terminé, il se forma partout des comités volontaires pour mettre à exécution l'idée philanthropique qui avait présidé à la convocation des conférences, et, en France, la Société de secours aux blessés a été consacrée et reconnue d'utilité publique par décret du 23 juin 1866 (1).

Les dons faits à la Société, les cotisations des membres fondateurs et souscripteurs ont pour but d'établir un fonds de réserve, dont l'emploi en temps de paix est consacré à l'acquisition du matériel de la Société et des objets en nature indispensables au soulagement des blessés, lorsque le moment d'agir sera venu.

Sur l'invitation du comité central français, les sociétés et comités des divers pays ont organisé l'exposition actuelle des objets servant aux malades et aux blessés en temps de guerre, et l'ont dotée richement. Le matériel ainsi rassemblé est plus complet et plus varié qu'il ne l'a jamais été, réuni à aucune exposition internationale. On a facilité ainsi des comparaisons intéressantes.

Ce matériel comprend : 1° les livres, dessins, gravures, photographies, modèles et plans ayant trait aux opérations de la Société; 2° les préparations médicinales; 3° le matériel des hôpitaux et ambulances; 4° les instruments de médecine et de chirurgie, ainsi que les appareils prothétiques et orthopédiques; 5° enfin les appareils de sauvetage.

Après une bataille, la grande question qui se présente est celle de l'enlèvement du blessé et de son transport à l'ambulance. L'enlèvement du blessé ne peut se faire qu'à bras d'homme; quant au transport, il se fait en cacolets, en litières, en brancards, en voitures.

Nous avons remarqué, tant en France qu'à l'étranger, un grand nombre de brancards et de toute espèce, depuis la tente-abri transformée en hamac et utilisée pour le transport du blessé, jusqu'au brancard espagnol, qui se monte sur place sur quatre fusils organisés pour cet usage. Le comité badois a exposé plusieurs civières montées sur deux roues qui peuvent être poussées et traînées par un seul homme ; ôtée des roues, elle peut être portée, comme une civière, par deux hommes. En France, M. de Beaufort a exposé un brancard en bois qui se recommande par sa simplicité, et M. Gauvin a eu le prix pour un brancard de son invention.

Le brancard-lit à ressorts et à roues du docteur Gauvin est basé sur l'application de la suspension et de l'élasticité. De ce principe découlent trois indications principales :

A. Eviter aux blessés gravement atteints les changements de position, qui sont nombreux avec les moyens actuels de transport;

B. Utiliser les moyens de transport naturels du pays dans lequel les armées opèrent ;

C. Diminuer le nombre d'hommes employés au transport des malades ou des blessés et pouvoir, quand le terrain le permet, se passer de chevaux et de mulets.

Il peut être employé de *six* façons différentes :

---

(1) Tous les gouvernements européens ont adhéré à ces conclusions, qu'ils ont déclaré accepter.

1° *Sur ses roues*, un seul homme suffit à traîner un blessé rapidement et sans secousses ;

2° *Enlevé de ses roues*, il peut être porté à bras comme le brancard ordinaire ;

3° Placé dans une voiture quelconque *non suspendue*, charrette, chariot, etc., le brancard-lit conserve sa suspension et son élasticité ;

4° Mis dans les voitures de chemins de fer ou dans les wagons de marchandises, ses ressorts placés aux quatre angles détruisent ou anéantissent tout mouvement de trépidation ;

5° *A l'ambulance*, il peut former un excellent lit sur lequel le blessé gravement atteint peut attendre la guérison ou être évacué sans subir de nouveaux transbordements ;

6° Enfin, le lit ou plan supérieur se détachant du reste du brancard allége beaucoup le transport d'un blessé, soit dans un terrain très-accidenté, soit dans les salles et escaliers d'un hôpital.

Pour les grandes villes, où les hôpitaux sont situés à d'assez grandes distances les uns des autres, le brancard à roues économise les bras et facilite l'arrivée rapide à l'hôpital, en cas d'épidémie par exemple, même d'accident grave. Alors le fond du lit, au lieu d'être une simple toile, est rembourré comme un matelas et l'appui-tête muni d'un petit oreiller.

Il peut arriver que l'ambulance provisoire établie aux environs du champ de bataille soit insuffisante et qu'il faille sur-le-champ évacuer les blessés, les opérés dans des hôpitaux mieux disposés ; pour cela on a fait des voitures à plusieurs étages où les malades peuvent être couchés ou assis et des wagons spéciaux. L'exposition américaine, due tout entière au docteur Thomas W. Evans, qui en est le propriétaire, excelle en ce genre. Cette collection donne une idée, bien qu'imparfaite, des efforts faits pendant la guerre d'Amérique pour le soulagement des blessés. Dans ce pays vaste et peu peuplé relativement, tout était à créer. Il n'y avait point de service sanitaire organisé d'avance, comme en Europe, mais les médecins civils ont offert leurs services et ont fait appel à la charité privée ; les souscriptions ont recueilli des sommes immenses, et c'est ainsi qu'ont été construits, en bois, des hôpitaux provisoires dans lesquels les blessés n'avaient rien à désirer, si on en juge par le spécimen des produits et comestibles envoyés aux malades par le peuple américain. Nous avons surtout admiré un modèle de wagon-hôpital qui peut contenir trente malades ayant chacun leur lit. En Amérique, où les distances à parcourir étaient très-grandes, ces wagons-hôpitaux avaient leur raison d'être ; en Europe, ils n'auraient pas d'utilité, et on s'est surtout attaché à approprier les wagons ordinaires au transport des blessés. Ainsi, le grand-duché de Bade nous expose un lit-balançoire, construit par M. Ficher d'Heidelberg, en même temps civière et lit de camp, suivant qu'on le retourne à volonté. Cet appareil est arrangé pour charger et décharger les blessés avec facilité dans les wagons de marchandises, et pour transporter les blessés sans secousse et sans oscillations soit sur les wagons, soit sur des chars quelconques. En France, le brancard Gauvin remplit le même but (1).

Ici doivent prendre place les nombreuses attelles de tout genre et les appareils à fractures qui peuvent s'appliquer avec grande commodité sur le champ de bataille. Citons, en Autriche, les attelles en carton bivalve qui doivent rendre de signalés services pour transporter les soldats blessés par des coups de feu avec fracture. Ce qui en fait le principal mérite, c'est la modicité du prix. En Belgique, nous trouvons les attelles en carton du docteur Merchie. En France, les attelles à gouttière mobile exposées par l'habile fabricant M. Mathieu, et les appareils en gutta-percha récemment inventés par notre honorable confrère le docteur Paquet (de Roubaix).

Dans les divers pays, chaque comité s'est ingénié pour inventer un havre-sac d'ambulance qui permet au chirurgien d'avoir, sous un volume portatif, tout ce qui lui est nécessaire pour faire sur place des pansements et même pratiquer des opérations ; une commission s'est formée et, en prenant un peu par-

---

(1) Les expériences faites avec le lit-balançoire badois n'ont pas réussi. Son poids est trop considérable ; il est impossible de l'installer dans nos wagons de marchandises et de troisième classe : leurs parois ne sont pas construites avec assez de solidité pour le maintenir suspendu par des crochets.

tout, a réussi à confectionner un havre-sac qui paraît résoudre toutes les objections. C'est à MM. Collineau et Benard qu'il est dû.

Les denrées alimentaires et les préparations médicinales forment une collection nombreuse aux États-Unis; les viandes, fruits, légumes, conserves de toute espèce, sont comprimés de manière à occuper le moins d'espace possible dans les chariots d'ambulance. Nous avons surtout remarqué, en France, la caisse de fleurs et plantes médicinales comprimées pour le service des ambulances en campagne par M. Lafarge (de Lyon). Cette caisse renferme vingt et une plantes ou fleurs comprimées, chacune formant un cube de 10 centimètres d'épaisseur, 9 de hauteur et 7 de base Chacun des vingt et un cubes renferme mille infusions, et la caisse entière, malgré ses petites dimensions, contient les fleurs nécessaires pour vingt et un mille infusions.

Nous signalerons, en passant, le papier Pagliari, imbibé de perchlorure de fer et destiné à arrêter les hémorrhagies; et l'enduit hydrofuge du baron de Rivière, qui rend imperméables les boîtes de carton et les paniers et fait qu'ils peuvent contenir des liquides comme des vases métalliques.

La partie la plus intéressante, la plus artistique de cette exposition comprend les appareils orthopédiques, qui forment une collection nombreuse. Le comité autrichien a exposé une série de membres artificiels qui ne brillent pas précisément par le côté artistique, mais sont remarquables par leur solidité, leur simplicité et surtout le bon marché, trois conditions indispensables lorsqu'il s'agit de soldats. Les appareils prothétiques américains ne nous ont pas donné ce que nous espérions y trouver, et c'est la France qui tient le premier rang, grâce aux appareils imaginés par M. de Beaufort, dont le nom est bien connu des lecteurs de ce recueil, et lorsqu'une récompense des plus flatteuses est venue le rémunérer des services désintéressés qu'il a rendus à l'humanité, il n'y a eu qu'une voix dans tout le corps médical pour le féliciter.

Nous consacrerons un article spécial aux perfectionnements introduits dans la prothèse par M. de Beaufort depuis la publication de son article dans ce recueil (1860-67, LX, p. 584), et nous montrerons la simplicité merveilleuse à laquelle il est arrivé dans la confection de ses appareils.

Avant de terminer cette courte revue un peu rétrospective, qu'il nous soit permis d'adresser des félicitations sincères aux membres du comité français qui ont organisé cette exposition, dont le but est avant tout humanitaire, et en particulier à son secrétaire général, le docteur Gauvin.

Par décret du 25 octobre 1867, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine (1) :

Au grade de médecin professeur : — MM. les médecins de 1re classe : Cras, pour la chaire d'anatomie et de physiologie (R.); — Cunéo, pour la chaire d'hygiène générale, hygiène navale, pathologie exotique (T.).

Au grade de médecin de 1re classe : — MM. les médecins de 2e classe : Corre (B.), Merlaux des Ponty (R.), Jobard (B.), Richaud (G.), Jobet (T.), Deschiens (B.), Baquié (id.), Palasne Champeaux (id.), Pelon (T.), Roubaud (id.);

Bourru (R.), de Saint-Julien (B.), Perlié (id.), Piesvaux (R.), Pougny (B.), Gaultier de la Ferrière (C.), Aude (id.), Jouven (Cn.), Audouit (Gn.), Maurel (S.), Beaussier (id.).

Au grade de médecin de 2e classe : — MM. les chirurgiens de 3e classe : Guès (T.), Dounon (id.), Théret (C.), Moulesir-Lacascade (B.), Bouvier (T.), Baudry la Cantinerie (R.), Chassaniol (B.), Nègre (T.), Néis (B.). Infernet (T.);

Vidaillet (B.), Delisle (R.), Napias (T.), Sellier (B.), Charvin (R.), Pierre (B.), Bertrand (T.), Molle (B.), Caustau (T.), Catelan (id.);

Anguiot (T.), Cotte (id.), Maissin (S.), Bourgarel (id.), Cassan (id.), Saffre (id.), Le Bunetel (id.), Cavadec (id.).

Au grade d'aide-médecin : — MM. les étudiants : Aube (T.), Barret Paul (B.), Hoekard (R.), Pethiot (B.), Carpentier (R.), Tholy (T), Rousseau (B.), Guérard de la Quesnerie (id.), Rigubert (id.), Pain (T.);

---

(1) Le lieu de destination des médecins désignés dans le décret est représenté de la manière suivante :

B. : Brest. — C. : Cherbourg. — Cn. : Cochinchine. — G. : Guadeloupe. — Gn. : Guyane. — R. : Rochefort. — S. : Sénégal. — T. : Toulon.

Balhaud (R.), Chévrier (*id.*), Piédalla (B.), Barret Eugène (*id.*), Mahéo (*id.*) Perdrigeal (R.), Leroy (B.), Mesguen (*id.*), Bachelard (*id.*), Conor (*id.*);

Farcy (B.), Biliotte (R.), Blanc (T.), Robert (B.), Hyades (T.), Lèbre (*id.*), Barrallier (*id.*), Herrouët (B.), Sabarthez (T.), Roux (R.);

Le Tessier (B.), Boisgard (R.), Vivien (T.), Juuveau-Dubreuil (B.), Trotobas (T.), Bellamy (B.), Chédan (*id.*), Siciliano (T.), Voullemier (*id.*).

Au grade de pharmacien de 2e classe : — MM. les pharmaciens de 3e classe : Coutance (B.), Louvet (C.), Gadreau (Gn.), Daniel (Ch.).

Au grade d'aide-pharmacien : — MM. les étudiants : Mailhetard (R.), Gayet (B.), Veyron-Lacroix (*id.*), Lestagx (*id.*).

Par décret en date du 1er novembre 1867, M. Balard, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris, a été nommé inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre des sciences, en remplacement de M. Dumas.

M. le docteur de Rostaing de Rivas, médecin de l'hospice général Saint-Jacques, a été nommé médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, en remplacement de M. le docteur Hélie, décédé.

M. le docteur Trastour, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes, a été nommé médecin de l'hospice général Saint-Jacques.

Par divers arrêtés ministériels :

Muséum d'histoire naturelle. — M. Bert (Paul), chargé du cours de zoologie et de physiologie à la Faculté des sciences de Bordeaux, est nommé suppléant de la chaire de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Pihan-Dufeillay (François-Nicolas) est nommé directeur de l'Ecole.

M. Laennec (Théophile-Ambroise), professeur adjoint d'anatomie et physiologie, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Jouon (François), suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie.

M. Viguard est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements.

M. Chartier (Marc-Henri-Victor-Emmanuel), suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes. — Un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année classique 1867-1868, est accordé à M. Toulmouche, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

M. Pitois, suppléant pour les chaires d'accouchements, est chargé du cours de pathologie externe à ladite Ecole, pendant la durée du congé accordé à M. Toulmouche.

M. Dayot, professeur adjoint de clinique externe, est chargé du cours de médecine opératoire à ladite Ecole, pendant la durée du congé accordé à M. Toulmouche.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — M. Daviers, professeur de pathologie externe, est nommé professeur de clinique externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Mirault, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Feillé, professeur adjoint de matière médicale et thérapeutique, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Legludic, chef des travaux anatomiques, et dont la délégation est expirée, est nommé de nouveau chef des travaux anatomiques à ladite Ecole.

M. Duuet, suppléant pour les chaires de chirurgie et accouchements, est nommé professeur adjoint de pathologie externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Daviers, appelé à d'autres fonctions.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. — M. Breton, suppléant pour les chaires de pharmacie et toxicologie, est nommé professeur de pharmacie et toxicologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Leroy, décédé.

M. Giroud (Emmanuel-Adolphe), pharmacien de première classe, est nommé

suppléant pour les chaires de pharmacie et toxicologie, histoire naturelle et thérapeutique, en remplacement de M Breton, appelé à d'autres fonctions.

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras. — M. Rabache (Louis), pharmacien de première classe, est nommé professeur suppléant pour les chaires de chimie et pharmacie, d'histoire naturelle et matière médicale.

M. Germe (Léon), docteur en médecine, est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine (emploi nouveau).

Un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1867-1868, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Lestocquoy (Michel-Louis), professeur de clinique externe.

M. Trannoy, professeur d'anatomie et de physiologie, est chargé provisoirement du cours de clinique externe à ladite École, pendant la durée du congé accordé à M. Lestocquoy.

On nous prie d'insérer la lettre suivante, que M. le docteur Guillon père a adressée à M. le président de l'Académie des sciences :

« Monsieur le président,

« Une expérience de quarante années m'a prouvé que, pour obtenir promptement la guérison des maladies des voies urinaires, il fallait employer des méthodes rationnelles. Pénétré de cette conviction, qu'aucun fait n'est jamais venu contredire, je regarde comme un devoir de contribuer, autant que je le puis, à consacrer la pratique de ces moyens sérieux et efficaces de guérison; devoir d'autant plus doux à remplir qu'à côté du désir d'aider aux progrès de la profession qu'on exerce de génération en génération depuis cinq cents ans, dans ma famille, se joint chez moi le besoin de vous témoigner ma reconnaissance pour les encouragements que l'Académie des sciences m'a décernés à trois reprises différentes : en 1847, 1850, 1857. Ce double but, j'espère l'atteindre en offrant au premier des corps savants du pays une somme de onze mille francs, dont la rente vous permettra de récompenser *tous les trois ans* le meilleur travail qui, sur cette branche spéciale de l'art de guérir, sera soumis à votre examen.

« Permettez-moi maintenant de vous le dire, monsieur le président, je désire instituer cette fondation afin de perpétuer dans ma famille le souvenir des soins que, l'année dernière, à Vichy, puis à Biarritz, j'ai eu l'honneur de donner à l'Empereur, et *avec un plein succès*.

« En outre, comme ces onze mille francs, que je dois à la munificence impériale, ne peuvent trouver une meilleure destination que la fondation d'un prix pour une œuvre de science et d'humanité, j'ai le ferme espoir que le projet dont je viens de vous entretenir obtiendra l'assentiment de Sa Majesté.

« Veuillez, je vous prie, etc. »

Le concours pour quatorze places d'internes des hospices civils de Lyon a eu lieu les 28, 29 et 30 octobre.

A la suite de ce concours, dont les épreuves, au dire des membres du jury, ont été extrêmement satisfaisantes et ont révélé, chez les candidats, un degré d'instruction supérieur à celui qu'avaient signalé les concours précédents, ont été nommés internes : MM. Deshayes, Mollière, Robert, Leriche, Taulier, Couturier, Gromier, Charpy, Colrat, Marty, Mazade, Jumard, Courbon, Guinand.

M. Deshayes, le premier nommé, a reçu la trousse d'honneur (prix Bonnet).

M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, a commencé le cours clinique des maladies des enfants (semestre d'hiver), le mercredi 13 novembre, et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours, à huit heures et demie; leçons à l'amphithéâtre le mercredi, à neuf heures.

Nos confrères qui ont envoyé leur souscription pour le buste de Trousseau sont prévenus que la somme recueillie par nous a été versée dans les bureaux des *Archives de médecine*, où leur nom figurera.

Pour les articles non signés, **F. BRICHETEAU.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Mode d'action de la belladone:

Par le docteur D. de Savignac.

Les données de la physiologie expérimentale, d'une part, et, de l'autre, l'observation clinique judicieusement interprétée, doivent amener à modifier radicalement les opinions admises jusqu'ici sur le mode d'action de la belladone.

Ce qui domine dans ces opinions, c'est que la belladone est un agent *stupéfiant* : mot à effet, qui en dit trop, ou qui est inexact, si par lui l'on veut caractériser l'action thérapeutique de la belladone ; qui ne convient que pour son action toxique, et encore en tant que celle-ci sera portée à son plus haut degré d'expression.

Un peu de réflexion fera reconnaître combien est fondée cette critique préjudicielle de la qualification généralement accordée à la belladone comme agent thérapeutique.

Calmer une douleur, ce que l'on demande si souvent à la substance en question, ce n'est pas stupéfier, insensibiliser un nerf, c'est seulement lui ôter l'excès de sensibilité qui le fait souffrir, corriger la perversion d'influx qui le parcourt, ou, en termes moins abstraits, changer l'état dolent dans lequel une cause pathologique l'a placé ; l'effet peut bien un peu dépasser le but, abaisser de quelques degrés le pouvoir sensitif, il ne va pas d'ordinaire jusqu'à produire l'anesthésie. S'agit-il de spasmes, de raideurs, de contractures, la belladone est appelée à les rompre, non à engourdir la contractilité musculaire, et à substituer, à l'excès d'excitation motrice, l'acinésie. Donc, dans ces divers cas, stupéfier, c'est trop dire, et ce n'est pas ce que les thérapeutistes veulent. Mais, parmi ceux-ci, il en est qui obtiennent précisément l'inverse de ce qu'ils recherchent, lorsque, là où ils supposent un spasme, là encore où ils voient l'obligation d'anéantir la contractilité, ils excitent, au contraire, le pouvoir excito-moteur, et combattent en fait une paralysie musculaire, ou un état qui y équivaut, par un agent qui, à leur insu, rend la faculté de se mouvoir, soit à la totalité d'un organe, soit à l'une de ses puissances musculaires, tenue en échec par l'éréthisme de son antagoniste. C'est ici qu'il y a flagrante inexactitude dans l'appellation nominale ainsi que dans l'appré-

ciation des effets d'un agent qui, loin d'être un stupéfiant, se comporte en réalité alors comme un stimulant.

Il n'en est pas moins vrai que le moment arrivera où la belladone éteindra toute sensibilité, et conduira le système musculaire à un relâchement général, résultats d'une véritable et complète stupeur qu'elle aura infligée aux centres nerveux. Mais cela n'aura pas lieu comme conséquence des doses thérapeutiques, même des doses toxiques moyennes à la suite desquelles se manifestent encore des excitations (jactitation, hilarité, délire, insomnie) ; cela viendra avec les hautes doses toxiques, qui par leur excès anéantissent l'incitabilité nerveuse et paralysent la force motrice que nous voyions tout à l'heure excitées l'une et l'autre, mais par les petites doses seulement. La stupéfaction peut succéder encore à la période d'excitation de l'empoisonnement atropique, dont le danger augmente en proportion de cette transformation grave des symptômes; il semble alors, le traitement ayant été nul, fautif ou impuissant, que la continuité et l'exagération de l'action excitante de la belladone finissent par mettre les centres rachidiens, en épuisant leur incitabilité, hors d'état de fournir la quantité d'influx nécessaire pour animer les nerfs vaso-moteurs, qui, se paralysant peu à peu, déterminent dans le cerveau et dans la moelle des congestions finales amenant successivement, d'abord la stupeur, puis l'abolition des fonctions nerveuses, et enfin la mort.

La belladone est donc un poison stupéfiant, et encore, à la rigueur, dans ses manifestions et dans ses conséquences les plus funestes. Mais elle est un médicament excitant. Voilà, j'espère le démontrer, le caractère fondamental de son mode d'action. Que l'on n'aille pas croire que je méconnaisse et relègue au dernier plan ses propriétés calmantes, son remarquable pouvoir d'intervenir contre la douleur et contre les diverses révoltes ou perversions du système nerveux, sensitif et moteur. Elle est donc aussi un médicament analgésique, antispasmodique, sédatif, et je crois même que ces propriétés de second ordre, elle les doit à une action directe sur la sensibilité. Toutefois, nous verrons que ses propriétés sédatives elles-mêmes ont été considérées comme n'étant que la conséquence de son action primitive et spéciale sur la contractilité.

Excitation physiologique, d'où découlent ses effets thérapeutiques les plus ordinaires, et d'où se déduit aussi leur explication la plus rationnelle, tel est, je le répète, le mode d'action caractéristique de la belladone dosée et administrée à petites doses médicamenteuses.

Cette excitation se porte électivement sur le nerf grand sympathique, et, par suite, elle est spécialement ressentie par les organes ou parties d'organes animés par ce nerf.

C'est ce que démontre l'observation clinique dans les principales applications thérapeutiques de la belladone.

En effet, elle sollicite la contractilité des plans musculeux de l'intestin et favorise ainsi les évacuations alvines. Il est reconnu depuis longtemps que la belladone entretient la liberté du ventre, tandis que l'opium tend à établir la constipation. Aussi la première est-elle bien plus rationnellement indiquée que le second contre les coliques sèches, parce qu'elle agit à la fois contre les deux éléments douleur et constipation. Elle agit, en outre, sur les conduits biliaires et sur le canal cholédoque; car elle active ou provoque le cours de la bile, rend les garde-robes bilieuses, et vient en aide à l'action des purgatifs cholagogues, lorsqu'on l'associe avec eux. L'influence souvent favorable de la belladone sur les coliques hépatiques dues à des calculs s'explique moins bien par une action stupéfiante que par une excitation des voies biliaires sollicitées à se débarrasser de ces calculs.

Mais si la belladone propage l'excitation motrice sur toute la longueur des organes tubuleux ou canaux aboutissant à des voies d'excrétion, elle la dirige électivement et la concentre sur les sphincters, en leur donnant la tonicité nécessaire pour l'accomplissement de leurs fonctions, et non en les relâchant seulement, comme on l'a si longtemps cru par suite d'une observation aussi incomplète que l'interprétation du fait était erronée.

L'acte des sphincters se compose de deux temps successifs : dilater d'abord, puis refermer l'orifice qu'ils circonscrivent. Appareils à double jeu, ils sont munis de muscles dilatateurs et de muscles constricteurs. Si la belladone n'agissait que sur les premiers, la fonction des sphincters péricliterait dans l'une de ses puissances; et comme cela n'a pas lieu, il faut donc que les constricteurs participent aussi à l'action dynamique exercée par la belladone. Cette action est tonique et non pas relâchante, sans quoi ce serait une paralysie substituée à une autre ; et elle a pour but comme elle a pour résultat, non d'exalter l'antagonisme d'un ordre de muscles aux dépens d'un autre, mais d'harmoniser et d'équilibrer leurs pouvoirs. C'est ainsi du moins que les choses se passent sous l'influence des petites doses, ne traduisant leur effet que par le retour du ton et de l'équilibre normaux des fibres contractiles. Car la part de l'action dynamique de la belladone se fait de plus en plus grosse

pour les fibres dilatatrices à mesure que les doses s'élèvent, phénomène dont la thérapeutique peut tirer profit, mais qu'elle doit surveiller aussi comme apparaissant souvent aux confins de l'état toxique.

Si la belladone ne faisait que relâcher les sphincters, elle mettrait les incontinences à la place des rétentions. Si elle ne faisait que les resserrer, au lieu de favoriser les expulsions auxquelles ils président, elle y apporterait un nouvel obstacle. Ainsi, par exemple, on a voulu expliquer la cure de l'incontinence d'urine par la belladone, en imputant à ce médicament la propriété de resserrer le col vésical relâché et impuissant à contenir le liquide urinaire. Mais, si c'était vrai, le remède ne pourrait-il pas dépasser le but, en substituant la rétention à l'incontinence ?

Ce qui me paraît devoir être admis, c'est que la belladone, à *petites doses*, sollicite l'excitation motrice, tant des viscères creux que de leurs sphincters, mais en portant aussi bien sur les muscles dilatateurs que sur les muscles constricteurs ou rétracteurs ; en d'autres termes, elle restitue aux agents spéciaux de locomotion de la vie organique leur motilité intégrale et non partielle, rend ainsi ou assure aux viscères contractiles la faculté de mouvoir les produits qui doivent cheminer au delà ou être expulsés au dehors. Ainsi, la rétention urinaire est-elle due à une paralysie. ou à un spasme du col vésical : la belladone, dans le premier cas, réveille les contractions expultrices; dans le second cas, rompt le spasme en communiquant aux fibres contractiles celle des deux alternatives de contractilité qui était enchaînée au profit du spasme. J'ai vu, chez un vieillard, une rétention d'urine qui paraissait dépendre d'une paralysie vésicale, vaincue deux fois par l'administration de dix centigrammes d'extrait de belladone en quatre pilules, une toutes les deux heures. Que l'incontinence soit causée par un excès d'irritabilité de la vessie qui se refuse à conserver le liquide urinaire, sa guérison pourra s'expliquer par les propriétés anesthésiques et antispasmodiques de la belladone; mais que cet accident dépende, ce qui est le plus ordinaire, de l'inertie vésicale, ce sera par ses propriétés excito-motrices que ce même médicament en fera justice. S'agit-il d'une autre incontinence qui, quoique plus rare que celle de l'urine, n'en est pas moins intéressante, celle des matières fécales ? Ici, il n'y a point de spasme à invoquer, mais bien une paralysie véritable des portions inférieures de l'intestin, tout au moins du rectum et surtout du sphincter anal. Et bien, des observations récentes ont démontré que, dans cette circonstance, la bel-

ladone peut amener des résultats égaux à ceux acquis par elle dans le traitement de l'incontinence urinaire[1] ; là encore, son action est une excitation motrice, ressentie par les couches musculeuses des tuniques intestinales, transmise à l'anneau constricteur terminal, qui se replace ainsi, par les communications établies entre les nerfs splanchniques et les nerfs cérébro-spinaux, sous l'empire des volitions.

Veut-on une dernière preuve de l'action motrice de la belladone ? nous la trouvons dans l'application de ce médicament à la réduction des hernies étranglées. C'est une étrange erreur de croire que la belladone dilate les anneaux qui ont servi d'issue à l'intestin hernié, anneaux fibreux, résistants, inextensibles. C'est encore sur la contractilité intestinale que porte alors son action, et cela en deux endroits : 1° sur la portion herniée, dont la contractilité, excitée, peut diminuer le volume ; 2° plus encore sur la longue portion restée dans l'abdomen, et dont la rétractilité accrue opère comme une force qui tire sur l'anse intestinale échappée à la contention normale, et la ramène à l'intérieur de l'abdomen. Rien de pareil ne pouvant se produire sur l'épiploon qui n'a pas de contractilité, les chirurgiens, sans en avoir trouvé le motif, savent cependant très-bien qu'ils ont moins à compter sur l'emploi de la belladone contre les hernies épiploïques que contre les hernies intestinales.

On sait que les accoucheurs font un emploi fréquent et avantageux de l'application topique de l'extrait de belladone sur le col utérin pour combattre sa rigidité et favoriser sa dilatation. Comment agit encore en ce cas la belladone, sinon en excitant les fibres dilatatrices du col ? car si elle les stupéfiait, cette stupéfaction, dans un endroit où l'absorption est si active, se propagerait plus ou moins aux autres fibres de l'utérus et amènerait un certain degré d'inertie de cet organe. Or c'est précisément le contraire qui arrive, la belladone semblant favoriser les contractions utérines en même temps qu'elle dissipe la rigidité du col.

J'ai fait connaître (*Bulletin de Thérapeutique*, 1854, t. XLVII, page 361) les avantages que j'avais retirés de l'application, sur la région précordiale, de vésicatoires pansés avec la pommade belladonée, dans le traitement des péricardites et endocardites rhumatismales, et même des lésions organiques du cœur. A côté des effets résolutifs obtenus par l'application extérieure de la belladone,

---

[1] *Des évacuations involontaires chez les enfants, nouvelle application de la belladone*, par L. Bercioux (*Gazette hebdomadaire*, 1858).

et sur lesquels je vais revenir tout à l'heure, je constatai et je signalai, le premier, je crois, la propriété de ce médicament de combattre le désordre, l'irrégularité, l'énergie morbide des battements du cœur, et de leur rendre leur rhythme et leurs proportions physiologiques. Cette propriété, analogue à celle qui caractérise si bien la digitale, je ne me l'expliquais pas d'abord; on peut l'attribuer aujourd'hui, après ce que nous a appris M. Germain Sée sur les fonctions du nerf vague comme régulateur des mouvements du cœur, à une excitation de ce nerf.

Tous ceux qui ont suivi avec attention les effets consécutifs aux applications extérieures de la belladone ont pu se convaincre qu'elle agit à la fois comme sédative et comme résolutive. Ainsi, par exemple, les onctions belladonées sur les articulations endolories et gonflées par le rhumatisme ont le double avantage de dissiper la douleur et le gonflement. Les propriétés résolutives de la belladone sont, du reste, depuis longtemps reconnues, puisqu'on les a souvent invoquées contre les engorgements glandulaires; et les oculistes en tirent encore journellement parti pour favoriser, après l'opération de la cataracte, la résorption des fragments de la capsule cristalline ou des produits de l'iritis membraneux consécutif. Or, partout où il y a résolution, il y a nécessairement excitation intime, nerveuse et vasculaire, des parties.

Ce qui prouve encore plus évidemment combien est excitante l'action de la belladone, ce sont les phénomènes que produit l'impression topique de la poudre ou de l'extrait de cette plante sur les parties dénudées. Si l'on dépose la poudre entre les lèvres d'une incision faite à la peau, si l'on étend sur une plaie l'extrait incorporé à un corps gras, l'excitation dans les deux cas devient une véritable irritation qui se traduit par une vive douleur. Mais, à la différence d'autres irritants, qui modifient ou attaquent même la texture des tissus, la belladone ici se comporte seulement comme ceux que j'ai appelés (*Principes de la doctrine et de la méthode en médecine*, page 704) *irritants sensitifs*. Il y a même à cet égard un côté très-curieux de l'action topique de la belladone, et que je crois encore avoir signalé le premier (*Bulletin de Thérapeutique*, *loc. cit.*) : c'est que, contrairement aux irritants épispastiques et suppuratifs, non-seulement elle respecte les épithéliums, mais elle favorise leur prompte reproduction ; non-seulement elle n'entretient pas la suppuration, mais elle la tarit et dessèche rapidement les plaies. Ceci rappelle l'un des effets les plus caractéristiques de son action interne, s'exprimant par la sécheresse des muqueuses buccale et pharyn-

gienne. Ce sont là tout autant de résultats de sa propriété fondamentale d'excitation du système nerveux ; car l'excitation des nerfs vasculaires met obstacle à la formation des exsudats, tandis que l'on a vu, dans de récentes expériences (Magendie, Cl. Bernard, Budge, Schiff, Colin), la suppression de l'influx qui arrive à ces nerfs par le grand sympathique déterminer l'exsudation du pus et de la sérosité.

Les phénomènes qui se présentent du côté des bronches, sous l'influence atropique, se prêtent au même genre d'explication. Ici la question, pour être exposée, ne saurait être mieux placée que sur le terrain de l'asthme. Je ne partage l'opinion de M. Germain Sée, ni sur l'élément essentiel de cette maladie, ni sur la manière dont la belladone s'y comporte (V. article Asthme du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*). Je crois encore que l'asthme dépend, ou d'un spasme, ou d'une paralysie des fibres musculaires lisses des canalicules bronchiques, et j'inclinerais même vers la seconde de ces deux théories. Toutefois, et malgré le talent qu'a mis à la combattre le savant professeur que je viens de citer, la théorie du spasme est maintenue par de si nombreux adhérents, que j'en tiens compte, sous toutes réserves, pour m'expliquer le bienfait de la médicamentation atropique dans le cours d'un accès d'asthme. Le mode d'action de la belladone, d'ailleurs, peut s'interpréter à peu près de la même manière, dans le cas de spasme et dans celui de paralysie. En effet, si un spasme affecte réellement les bronches pendant la durée de la dyspnée asthmatique, c'est un spasme fixe, qui enchaîne l'une des deux alternatives de contractions en vertu desquelles l'air doit être successivement et régulièrement inspiré et expiré. Ce serait la contraction des dernières bronches qui paraîtrait devoir l'emporter. De quelque façon que cet état de spasme continu s'établisse, que ce soit l'un ou l'autre ordre de fibres qui se convulse, que faut-il pour rompre cette situation : un agent qui calme l'éréthisme des fibres convulsées, ou un agent qui rende aux fibres antagonistes le pouvoir de reprendre leur ascendant et de rentrer en partage égal de la contractilité normale des bronches ? Je crois que c'est un agent du second genre qui sera le plus efficacement appelé au secours de l'organe frappé de spasme fixe ou tonique ; et si la théorie du spasme est en défaut dans l'espèce, si en réalité c'est d'une paralysie qu'il s'agit, c'est ce second agent qu'il faut et non pas l'autre. En tout cas, c'est un agent excito-moteur que l'indication réclame ; car le spasme, tel qu'il constituerait l'orthopnée chez l'asthmatique, aboutit, en définitive, au

même résultat que la paralysie, c'est-à-dire à la suspension des contractions rhythmiques nécessaires à l'intégrité de la respiration.

Il est au reste bien difficile, dans l'état actuel de la physiologie, de prouver que les agents dits *antispasmodiques* opèrent par sédation de l'excès d'irritabilité des fibres musculaires ; tandis qu'il nous est prouvé par de nombreux faits cliniques que ces agents sont tous plus ou moins excitants. Le nom d'*excitants diffusibles* donné à plusieurs d'entre eux se justifie à beaucoup d'égards. La sédation, résultat de leur emploi thérapeutique, nous fait illusion en nous suggérant l'idée d'une action exclusivement calmante exercée sur le système nerveux ; ce n'est souvent là qu'un but secondaire, atteint par une excitation préalable des fibres contractiles des organes en état de spasme, mais excitation régulatrice, et substituant l'ordre au désordre des contractions. Combien de médicaments, classés ou non dans les antispasmodiques, méritent néanmoins ce titre, en agissant comme il vient d'être dit ! Ainsi la digitale, antispasmodique, c'est-à-dire régulatrice du cœur (et non *opium du cœur*, selon une vicieuse métaphore), excite les fibres cardiaques, mais en coordonnant leurs mouvements. Quelle preuve plus remarquable peut-on trouver de cette propriété des excitateurs, que l'efficacité de l'un des plus puissants d'entre eux contre la chorée ? Aux spasmes cloniques d'une bizarrerie sans égale, aux désordres les plus tumultueux de la contraction musculaire, il vient l'idée à Trousseau d'opposer la noix vomique ; et le succès répond, non à une théorie plus que contestable de substitution, mais à l'appel fait à la moelle épinière pour dominer, par la synergie de ses influences excitatrices, la désharmonie des contractions choréiques. Dans l'état physiologique, le pouvoir excito-moteur de la moelle est également départi aux deux ordres de muscles commis à l'exécution des mouvements volontaires ; dans l'état convulsif, une répartition inégale laisse prédominer l'action de l'un de ces ordres sur celle de son antagoniste. L'état physiologique reprend le dessus sur l'état convulsif à mesure que la sollicitation adressée à la moelle amène la dose impartiale d'excitabilité qu'elle doit à tous les muscles. Noix vomique, belladone, et d'autres encore qui pourraient s'offrir en exemple, sont donc à l'occasion agents antispasmodiques par artifice d'excitation.

Mais parmi les excitateurs du système nerveux moteur, chacun agit à sa manière, et de préférence sur tel ou tel département de l'organisme : nouvelle preuve de ces électivités d'action médicamenteuse, que les thérapeutistes exercés connaissent et qu'ils savent

mettre à profit. Ainsi la stramoine, ainsi la lobélie, influencent plus favorablement que la belladone les fibres lisses des bronches; de là, électivité curative des deux premières dans l'asthme, où elles distancent incontestablement la belladone. Ainsi, la noix vomique sollicite bien plus énergiquement la faculté excito-motrice de la moelle, et généralise son action; tandis que d'autres excitateurs, et la belladone elle-même, limitent leur action à certains appareils organiques, ou à certain ordre de fibres contractiles; celle-ci influence plutôt les mouvements involontaires. L'ergot de seigle, au contraire, qui a une double électivité d'action énergique sur la contractilité des muscles vasculaires et sur celle de l'utérus, contractilités involontaires, n'en agit pas moins sur les muscles volontaires, ceux des membres, par exemple, contre la paralysie desquels il a été utilisé, et qu'il stupéfie dans l'ergotisme : nouvelle preuve de la différence des effets en pharmacodynamie selon la différence des doses.

Si j'ai prouvé que, dans un grand nombre de cas, l'action thérapeutique de la belladone ne s'effectue qu'au moyen de l'excitation commune des muscles dilatateurs et constricteurs des viscères, je ne veux pas néanmoins, je ne puis pas méconnaître que ses propriétés excito-motrices ont une tendance élective à s'exercer sur les muscles dilatateurs. On sait que cette élection se manifeste spécialement sur la pupille, dont le muscle dilatateur est excité par les plus petites doses de belladone, et surtout d'atropine.

De même, si j'ai dit tout à l'heure que la belladone influence particulièrement les mouvements involontaires, je tiens cependant à faire remarquer qu'elle est susceptible d'agir sur les muscles soumis à l'empire de la volonté, et que là encore elle agit de préférence sur les muscles extenseurs, lesquels sont les analogues des dilatateurs. Ainsi, dans les cas de contractures des membres, l'efficacité de la belladone est remarquable : elle rend alors leur force de contraction aux muscles extenseurs, ce qui leur permet de triompher de l'antagonisme exalté des fléchisseurs.

Mais quelles que soient les modalités et électivités d'action de la belladone, toujours est-il :

1° Que cette action est fondamentalement excitante, et non stupéfiante selon l'opinion généralement admise aujourd'hui;

2° Que les divers effets thérapeutiques, énumérés ci-dessus, des préparations belladonées, se réalisent par l'intermédiaire de faits d'excitation nerveuse;

3° Que cette excitation porte spécialement sur le nerf grand sympathique [1].

Restent les effets anesthésiques et analgésiques, qui ne sont pas la part la moins importante de la pharmacodynamie de la belladone. Comment s'expliquent-ils ? par quel artifice cette substance arrive-t-elle à émousser la sensibilité, à calmer la douleur ?

Brown-Séquard ayant constaté que la belladone excite fortement les nerfs vaso-moteurs, et particulièrement ceux des vaisseaux sanguins de la moelle épinière, ce qui amène toujours une contraction correspondante des parois vasculaires, a conclu qu'il en résultait une diminution dans la quantité de sang apportée au centre rachidien, une oligaimie de la moelle produisant à son tour une diminution relative du pouvoir sensitif de la moelle et des nerfs.

Ainsi l'action anesthésique ou analgésique de la belladone ne serait elle-même que le corollaire d'un fait primitif d'excitation.

Toutefois, cette opinion n'est admissible que comme induction, et ne me paraît pas applicable à tous les cas; pour un bon nombre encore, nous ne pouvons que supposer à la belladone une action spéciale sur les nerfs sensitifs. Elle calme la douleur, comme l'opium fait dormir, sans que, bien souvent, nous en sachions au juste le pourquoi.

Toute explication rationnelle nous manque également en présence de l'antagonisme toxicologique de l'opium et de la belladone. Nul doute qu'il soit en corrélation avec un antagonisme physiologique; mais si le premier est acquis comme fait expérimental, le second ne nous est encore que très-imparfaitement connu. Que l'on ne se presse point, par exemple, de penser que l'opium, substance paralysante et, comme telle, favorisant la réplétion des vaisseaux sanguins, serait précisément par cela l'opposé de la belladone qui contracte fortement les vaisseaux; car Ekker, s'inscrivant en faux contre l'opinion générale, vient prétendre que l'opium produit plutôt l'anémie du cerveau que sa congestion sanguine.

L'antagonisme entre ces deux substances ne se reproduit plus sur le terrain thérapeutique. Il est de notoriété que, dans tel cas où l'une et l'autre ont échoué isolément, leur association produit, au contraire, les effets les plus avantageux. D'excellents remèdes

(1) La thèse qui fait l'objet de cet article ayant été discutée au sein de la Société de Thérapeutique, l'un de nos distingués collègues, M. Trasbot, a déclaré que des expériences, instituées par lui à l'École d'Alfort, en vue d'éclairer la question, ont, en effet, démontré l'excitation du nerf grand sympathique sous l'influence de la belladone.

calmants, tant pour l'intérieur que pour l'extérieur, ont et conserveront, pour double élément de leur vertu, l'opium et la belladone. La raison des différences et des similitudes de leur action est un problème que la physiologie expérimentale est tôt ou tard appelée à résoudre.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur le traitement des fractures de la clavicule par l'emploi d'un appareil en gutta-percha ferrée.

Nombreux sont les appareils qui ont été proposés pour guérir les fractures de la clavicule, et l'on sait qu'il est cependant très-difficile d'obtenir une consolidation sans cas difforme. L'appareil plâtré de M. Chassaignac, celui qui s'oppose le mieux aux déplacements, est assez difficile à supporter et il a l'inconvénient de priver les malades de travail ; aussi avons-nous été frappé en voyant, à l'exposition des secours et blessés, un ingénieux appareil dû au docteur Paquet, chirurgien de l'hôpital de Roubaix.

Il est d'une exécution simple et facile, et il a le grand avantage de permettre aux blessés le mouvement de leurs bras dès le lendemain du pansement, qui ne doit plus être renouvelé ; aussi avons-nous jugé utile d'en donner à nos lecteurs une courte description, empruntée à une brochure de notre honorable confrère de province [1].

La gutta-percha est une substance qui réunit toutes les conditions nécessaires pour confectionner les appareils inamovibles. La gutta-percha a la propriété de se ramollir dans l'eau bouillante, et de durcir promptement, en quatre ou cinq minutes d'ordinaire, à la température extérieure, un peu plus rapidement lorsqu'on la refroidit avec de l'eau ; de plus, elle se moule admirablement sur les parties, et conserve ensuite une forme constante.

Quelques détails sont nécessaires pour ceux de nos confrères qui n'ont jamais employé cette substance.

On trouve dans le commerce deux sortes de gutta-percha, l'une, noire, très-résineuse, cassante : il faut la proscrire complétement ; l'autre beaucoup plus élastique, très-résistante, ressemblant à de la

---

[1] *La gutta-percha ferrée employée à la chirurgie*. Paris, Germer-Baillière, 1867.

corne : celle-là seule doit être employée en chirurgie ; mais elle présente de grands inconvénients : elle se ramollit lentement dans l'eau bouillante, elle met trop de temps à durcir à la température ordinaire, et se travaille très-mal. M. Paquet a essayé de lui enlever ces défauts, sans lui faire perdre ses principales qualités : il eut l'idée d'incorporer, dans la trame élastique qui constitue cette substance, des corps inertes, autres que la résine qui rend la gutta noire si cassante. Après avoir fait, dans ce sens, plusieurs essais avec différentes poudres, le sulfate de baryte et le peroxyde de manganèse, entre autres, il s'arrêta au *peroxyde de fer*. Il fait bouilir dans l'eau de la gutta, la retire quand elle est parfaitement ramollie, la malaxe avec le tiers de son poids de peroxyde de fer, et passe le tout plusieurs fois au laminoir. L'union est si parfaite, que lorsqu'on plonge ensuite cette gutta-percha ferrée dans l'eau bouillante, l'eau n'est pas teintée en rouge.

De la sorte, on obtient un produit qui présente les avantages suivants : il se ramollit plus vite et plus également que la gutta élastique du commerce, il durcit plus vite, et forme des plaques très-égales et faciles à travailler soit à l'aide du laminoir, soit avec une simple bouteille, comme nous allons le voir.

Il est bien évident que si la matière première est cassante, la gutta-percha ferrée fabriquée avec elle sera aussi cassante. On doit donc mettre un soin tout particulier à choisir la matière première.

La bonne gutta, mélangée avec le peroxyde de fer, conserve toute son élasticité. Veut-on mouler un membre ou une portion de membre, immobiliser une jointure : on ramollit dans l'eau bouillante une certaine quantité de gutta-percha, on la retire avec un bâton, et, après s'être mouillé les mains avec de l'eau froide, on la malaxe et on en fait une boule ; on peut même, *si la masse est assez considérable,* la plonger immédiatement dans un seau rempli d'eau froide ; la gutta-percha conduisant très-mal la chaleur ne s'y refroidit pas instantanément. Lorsqu'on l'a ainsi ramassée en boule, on la place sur une table de bois, qu'on a eu la précaution de mouiller avec un peu d'eau très-légèrement savonneuse, pour empêcher toute adhérence ; puis, à l'aide d'une bouteille ordinaire, on la travaille, comme on le ferait d'un rouleau de pâte, et l'on en fait une plaque ayant des dimensions proportionnées à celles de la partie que l'on veut mouler.

Nous arrivons au point le plus délicat : si l'on applique la gutta trop chaude, elle se moulera très-mal ; si on l'applique trop froide, elle ne se moulera plus. Il faut donc saisir le moment convenable ;

cela est très-facile, et après l'avoir vu faire, ou mieux fait soi-même deux ou trois fois, on sera aussi habile que ceux qui ont l'habitude de manier depuis longtemps la gutta-percha. Pour arriver promptement au degré de consistance convenable, on arrose la plaque avec de l'eau froide, on la retourne plusieurs fois sur la table en la saisissant par les deux extrémités d'un même bord; de la sorte, les couches les plus superficielles se durcissent très-légèrement, les couches profondes, au contraire, restent molles en raison de la mauvaise conductibilité de la gutta. Quand la plaque est préparée, on la porte immédiatement sur la partie à mouler, on la caresse légèrement avec la main préalablement mouillée dans de l'eau froide, ou mieux dans de l'eau très-légèrement savonneuse, et on la recouvre avec une bande trempée dans l'eau froide, sans serrer. Dans ces conditions la gutta-percha met de une à trois minutes pour durcir, suivant le degré de consistance qu'on lui a laissé prendre avant de pratiquer le moulage, et suivant l'épaisseur de la plaque. Pendant ce temps, et même dès que la plaque est appliquée sur le membre, le chirurgien ou un aide imprime au membre la direction convenable, et pratique l'extension ou la flexion, suivant les indications à remplir. Lorsque l'appareil est durci, il s'est exactement moulé sur les saillies et les dépressions de la partie, et le chirurgien peut être certain que le membre conservera, avec une exactitude pour ainsi dire géométrique, la position dans laquelle il l'aura placé.

D'après ce que nous venons de dire sur le maniement de la gutta-percha, on voit que lorsqu'un appareil a rempli un usage déterminé, on ne doit pas le jeter; en le plongeant dans l'eau bouillante, on lui fait subir, soit pour le même malade, soit pour d'autres, les manipulations que nous venons de décrire, et la même gutta-percha peut ainsi servir indéfiniment. L'emploi de cette substance réalise donc une grande économie.

Nous avons vu plusieurs fois des chirurgiens prendre une plaque préparée à l'avance, la plonger dans l'eau bouillante, et l'appliquer immédiatement; par ce procédé, on arrive difficilement à faire un appareil convenable; la plaque de gutta se ramollit très-inégalement, ou si on la laisse trop longtemps dans l'eau bouillante, elle perd sa forme, et l'on est obligé de recourir aux manipulations que nous avons indiquées.

Il n'y a pas un détail inutile dans notre description, et si quelques chirurgiens ont trouvé que la gutta-percha est difficile à manier, c'est qu'ils ont employé de la gutta de commerce, ou qu'ils

ont négligé quelques-unes des précautions que nous venons d'indiquer.

Ceci compris, voyons comment cette méthode peut s'appliquer aux fractures de la clavicule. Le problème a été résolu de la façon suivante :

L'appareil, une fois confectionné, se compose de deux plaques en gutta-percha ferrée percées d'un orifice à travers lequel passe le bras, absolument comme dans un paletot sans manche, et ces deux plaques sont reliées entre elles à la partie postérieure par un lacet de corset, qui permet de faire une extension plus ou moins grande.

Voici le procédé pour fabriquer cet appareil :

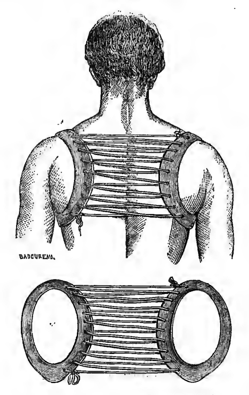
Faire deux scapulums artificiels en portant une plaque triangulaire de gutta-percha ferrée, ramollie, etc., sur l'omoplate en la ramenant sous l'aisselle pour recouvrir ensuite la portion qui recouvre le scapulum de manière à en doubler l'épaisseur ; placer sous l'aisselle une serviette mouillée roulée en cravate pour séparer les surfaces et les empêcher d'adhérer, en formant un pli bien uni, qui ne froisse pas le bord antérieur du creux de l'aisselle. Découper ce moule pour obtenir un appareil formé d'un scapulum artificiel prolongé en avant et sous l'aisselle, présentant un ovale convenable pour loger le bras, et le percer dans son bord scapulaire d'une quantité de trous suffisante pour lacer les deux scapulums et les rapprocher, comme pourraient le faire les deux mains saisissant les épaules pour tendre fortement les clavicules. Pour éviter la déchirure du bord de l'appareil, on peut le replier en le plongeant dans l'eau bouillante; il est même alors très-facile d'y fixer un morceau de fil de fer que l'on enferme dans ce bord en façonnant la gutta ramollie.

Il est inutile de réduire la fracture avant l'application définitive du bandage, qui peut être disposé sur une personne de même stature, parce que le rapprochement des deux bords scapulaires par le lacet a pour effet d'étendre les clavicules qui sont les arcs-boutants de la poitrine; la réduction peut être favorisée par l'action des mains placées sur les épaules en les reportant fortement en arrière pendant l'application du genou sur la colonne vertébrale. Il n'est pas nécessaire de forcer l'extension le premier jour du traitement, car, les épaules ne pouvant plus se porter en avant, les clavicules cessent leur action d'arc-boutant, les fragments ne tendent plus à se croiser, et, par une extension modérée augmentée les jours suivants, on obtient un résultat satisfaisant.

Cet appareil nous paraît être le seul qui remplisse d'une manière

complète les indications que l'on trouve dans tous les livres classiques, à savoir : *porter l'épaule en haut, en arrière et en dehors.*

Notons que, pendant le traitement par les appareils de gutta-percha ferrée, les blessés se servent de leurs membres supérieurs libres de tout soutien, écharpe, etc.



Un conducteur d'omnibus a pu étriller et conduire les chevaux le lendemain de l'application du bandage; un domestique a continué son service; un tisserand a pu tirer le cordon qui chasse la navette de son métier.

Il résulte de tout ce que nous avons dit plus haut, que le traitement des fractures doubles de la clavicule, et même des deux clavicules, n'exige pas d'autre appareil que les deux scapulums de gutta-percha ferrée, attendu que l'action est simultanée pour les deux clavicules.

Le dessin ci-dessus donne une idée de la simplicité de l'appareil,

CHIMIE ET PHARMACIE.

Des différentes espèces d'huile de foie de morue ; de l'espèce et de la variété qui conviennent le mieux pour l'usage médical (1) ;

Par le docteur Cazin (de Boulogne-sur-Mer), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans le commerce il existe des quantités indéterminées de nuances d'huile, selon le moment où on en arrête la fabrication.

En général, ces espèces peuvent se réduire à trois, la blanche, la brune et la noire. Les variétés intermédiaires sont la blonde, l'ambrée, les différentes nuances de brun : brun clair, brun foncé, etc.

Dans la variété blanche, il y a la blanche crue supérieure, la blanche ordinaire et la blanche à la vapeur.

Voici les caractères principaux des trois espèces types d'huile :

1° L'huile dorée, dite blanche ordinaire crue (*oleum jecoris aselli aureum vel subflavum*), a l'apparence d'une bonne huile d'œillette purifiée ; elle est d'un jaune doré, transparente ; quand on l'examine dans une bouteille de verre blanc et en petite quantité, elle paraît plus blanche. Son poids spécifique = 9,250. Elle se montre très-faiblement acide au papier de tournesol ; la saveur en est douce, rappelant celle de poisson frais ; l'odeur est analogue ; elle laisse déposer de la stéarine au bout d'un certain temps, surtout si elle n'a pas subi de filtration suffisante.

Les variétés obtenues à l'aide de la vapeur sont à plus juste titre appelées blanches ; elles offrent une couleur légèrement citrine très-franche ou toute pâle, qu'on ne peut mieux comparer qu'à celle du vin de Champagne. Nous insistons sur ce fait, parce qu'on a remarqué que celles qui offrent une teinte louche d'apparence laiteuse étaient tout simplement de l'huile de phoque blanchie. Herber avait évidemment été trop loin en avançant que toutes ces huiles blanches étaient des huiles de phoque, épurées par l'acide sulfurique.

L'odeur de l'huile à la vapeur, qui est celle du poisson frais, n'a rien de désagréable ni de repoussant ; la saveur en est franche, douce, sans arrière-goût âcre, elle rappelle celle de la sardine.

---

(1) Nous extrayons cet article d'un rapport très-remarquable de notre ancien collègue et ami, le docteur Cazin, sur l'exposition internationale de pêche qui a eu lieu à Boulogne-sur-Mer.

2° L'huile rouge, foncée ou brune (*oleum jecoris aselli rubro-fuscum*), est limpide; elle a la couleur brun-rougeâtre du vin de Malaga dépouillé ou du vieux rhum, l'odeur du hareng salé, une forte saveur de poisson, et imprime au palais et à l'arrière-gorge un sentiment marqué d'âpreté; elle est plus acide que la précédente; sa densité = 9,260.

3° L'huile noire, noirâtre (*oleum jecoris aselli fusco-empyreumaticum*), est d'un brun noir verdâtre, analogue à du goudron, d'une consistance plus prononcée que les deux premières, non transparente, très-acide; la saveur en est fort âcre, elle prend énergiquement à la gorge; l'odeur en est piquante, empyreumatique, rappelant celle de la suie, fuligineuse, nauséabonde. Sa densité = 9,280.

En Norwége, on appelle actuellement *médicinale* l'huile liquéfiée à l'aide de la vapeur; l'huile blanche supérieure naturelle est la première qui se dégage dans le développement spontané; la seconde récolte ou le second filon, comme dit M. Baars, donne l'huile blanche ordinaire, qui correspond à la variété blonde des fabricants français; la troisième donne l'huile brune. On les distingue encore sous les noms d'*huile à la vapeur*, d'*huile crue* (blanche, brun clair, brune) et de *cuite* (huile noire).

Il n'y a rien de véritablement précis, rien de net dans l'établissement de ces variétés, et le caprice ou l'habileté du fabricant joue le rôle le plus important. Il serait à désirer que, pour éviter les confusions, on admît des colorations *types* répondant à des qualités définies du produit.

Il est à regretter que le nouveau *Codex medicamentarius* (édition de 1866), non-seulement se taise, mais commette à ce sujet des erreurs. Il nous suffira de citer les quelques lignes suivantes pour les faire connaître :

« L'huile de foie de morue est de couleur très-différente suivant le procédé qui a servi à sa préparation; les huiles très-brunes, qui proviennent de la décomposition plus ou moins avancée des foies, et qui sont d'une odeur et d'un goût repoussants, sont par cela même peu propres à l'usage médical. Les huiles très-blanches, qui ont été décolorées par un agent chimique, sont aussi à rejeter. Les huiles blondes ou légèrement ambrées, qui proviennent de la fusion des foies récents à une chaleur inférieure *à 100 degrés*, doivent être préférées. »

Or nous avons eu à notre Exposition des huiles très-blanches qui n'avaient nullement subi de décoloration par agents chimiques.

L'exposition à la lumière seule, du reste, contribue à pâlir les huiles. M. Lauritz Devold nous a montré la différence qui existait entre une huile sortie depuis longtemps du tonneau, et une autre qu'on venait d'en extraire depuis peu. La nature du vase qui la contient a aussi une certaine importance au point de vue de la coloration. Ordinairement on expédie l'huile destinée à la médecine dans des barils de fer-blanc ou dans des estagnons, mais quelquefois aussi dans des barils de chêne. Ce bois lui communique, au dire des fabricants de Norwége, une coloration brunâtre particulière.

En Norwége, — il nous faut toujours citer ce pays, pour ce qui concerne les huiles de foie de morue, — il existe un employé spécial affecté au classement des produits. Cet agent, appelé *rebuteur public*, véritable vérificateur, reconnaît, au moment où en embarque les huiles, chaque qualité, d'après la nature du résidu qui peut être déposé au fond du baril, et, au moyen d'une roulette, marque ce dernier d'un signe distinctif, suivant cette qualité.

Autrefois, en France, presque toutes les huiles blanches étaient des huiles blanchies. C'est là l'origine de l'assertion du Codex et de celle du dictionnaire de Nysten.

Les épurations ont pour but: 1° de faire disparaître l'odeur; 2° de faire disparaître la couleur foncée.

Pour arriver au premier résultat, M. Davidson (1) a préconisé divers traitements sur lesquels nous ne pouvons pas ici insister: il a proposé d'agiter l'huile à épurer avec une dissolution de sulfate de cuivre et de chlorure de sodium, et de la traiter ensuite par le charbon animal ou une faible solution de potasse caustique, ou encore par l'eau de chaux. Sir J. Murray propose d'arriver au même but en amenant au contact de l'huile de l'acide carbonique sous une haute pression.

Quant aux procédés de blanchiment proprement dits, le charbon animal, l'alun, l'hypophosphite de soude, la saponification, etc., ont été soigneusement mis en usage.

Après toutes ces sophistications, que reste-t-il de la véritable huile de foie de morue?

Heureusement, l'huile brune ne coûtant pas actuellement beaucoup moins que la blanche, la cupidité trouve son avantage à mettre

---

(1) Observations on the properties of some fish-oils and on the utility of time in distroying their putrid odor (Brewster, *Edimb. Journ. of Science*, n° 12, juillet 1827, p. 97-101).

simplement cette dernière à l'état natif dans la circulation commerciale.

Il ressort nettement de l'analyse chimique que l'huile blanche ou pâle est riche en principes inorganiques, surtout en iode, en phosphore et en acide phosphorique; les principes bilieux et les acides volatils y figurent pour une petite proportion; ces derniers augmentent déjà dans l'huile brune, où l'iode lui-même est contenu en plus grande quantité. L'huile brune, comme richesse en matières actives, peut être considérée comme l'intermédiaire entre la blanche et la noire. Celle-ci renferme le moins d'iode et de principes inorganiques, mais les acides volatils, produits de la fermentation putride et de l'emploi d'une chaleur artificielle élevée, et les principes bilieux abandonnés par le parenchyme désagrégré des foies, prédominent d'une façon évidente.

On comprendra de quelle utilité doit être la détermination de l'espèce la plus convenable pour l'usage médical.

Les opinions sont encore très-controversées sur ce sujet; et d'abord, comment agit l'huile de foie de morue?

Est-ce, comme l'a avancé Bretonneau, comme le pense Bouchardat (1), aux principes gras qui en constituent les 997 millièmes, qu'il faut attribuer l'action de l'huile qui nous occupe? Evidemment non, l'épreuve clinique a prouvé que les autres corps gras ne produisaient pas les mêmes effets thérapeutiques. Est-ce exclusivement à l'iode? pas davantage : les huiles iodurées, les autres préparations d'iode sont loin d'arriver aux mêmes résultats. Ici le précieux métalloïde n'agit point par la quantité, mais, comme le fer dans les eaux minérales, par l'état particulier de combinaison dans lequel il se trouve. Il faut donc lui accorder une part dans le rôle thérapeutique des produits en question.

Ce n'est pas à un seul de ses principes constituants, mais à leur ensemble, qu'est due cette action rénovatrice qui suit l'emploi de l'huile de foie de morue.

Comme le dit M. de Jongh, il faut reconnaître dans cette substance la réunion positive d'agents médicamenteux et d'un aliment, ou, pour mieux dire, la combinaison intime d'éléments pharmaceutiques dans un corps gras très-assimilable qui leur sert de véhicule. Les substances inorganiques, l'iode comme altérant, le phosphore et ses dérivés comme modificateurs du système osseux, ont une partie de l'action; la seconde doit être attribuée aux sub-

---

(1) *Annuaire Thérapeutique*, 1849 (p. 253).

stances organiques : l'oléine, la margarine, la glycérine, la propylamine. Médicament par les premiers agents, l'huile de foie de morue atteint le vice morbide, la diathèse ; aliment par les seconds, elle substante l'organisme, elle entretient les fonctions du poumon et du foie, et répare ainsi les pertes de la calorification (1).

Ce qu'il y a dans ces circonstances de véritablement remarquable, c'est que les parties inorganiques que nous venons de citer, eu égard à leur quantité minime, perdent cette puissance d'action quand ils sont pris à la même dose, mais isolément, en dehors de leur combinaison naturelle et pour ainsi dire vivante avec l'huile de foie de morue.

La meilleure huile au point de vue médical sera donc celle qui, à des proportions suffisantes de matières inorganiques, joindra la plus grande pureté de l'élément gras : nous avons nommé l'huile blanche. Je sais bien que la rapidité d'action paraît liée à l'usage des espèces foncées ; que M. de Jongh a fait à ce sujet des expérimentations cliniques comparatives extrêmement intéressantes, et que c'est aussi ce qui résulte des observations d'Osberghaus et de Krebel. Mais l'odeur dégoûtante et le goût désagréable de l'huile noire et même de l'huile brune, empêchent d'en obtenir l'administration régulière. Si les estomacs des Lapons, des Allemands du Nord et des Hollandais, supportent l'huile noire, celui des Français, et surtout des Français de la classe aisée, ne peut tolérer cet affreux breuvage, quand déjà l'odorat ou le palais ne l'a pas refusé d'avance. En supposant que l'ingestion en soit obtenue, et c'est le petit nombre de cas, l'usage n'en peut être continué pendant un temps suffisant ; il amène de la dyspepsie, des dérangements souvent tenaces dans les fonctions intestinales.

Cela n'étonnera personne, si nous nous rappelons que l'odeur, le goût désagréable et la couleur noire de cette huile *impure*, *non naturelle*, comme la qualifie M. Hogg, proviennent de la putréfaction avancée et de la chaleur élevée auxquels les foies sont soumis afin de leur faire rendre la plus grande quantité d'huile possible. Il en résulte qu'elle rancit au plus haut degré, contient des propor-

(1) Se rappelant l'usage alimentaire de l'huile de phoque chez les Esquimaux, forcés par le milieu où ils vivent de rechercher des aliments de calorification, M. le docteur J. Perrochaud, médecin de l'hôpital de Berck-sur-Mer, a employé l'huile de foie de morue *blanche* à hautes doses, au début de l'hiver, souvent rigoureux sur cette plage. Il a observé que depuis que cette pratique est en vigueur, les petits scrofuleux confiés à ses soins supportent sans s'en apercevoir l'arrivée des premiers froids.

tions marquées d'acides margarique, butyrique, acétique, et tient en suspension des matières putrides et colorantes, provenant de la corruption des cellules et de tout le parenchyme de l'organe.

L'huile *brune claire*, préconisée par M. de Jongh, échappe en partie à ces reproches, mais elle est encore quelquefois digérée difficilement.

L'action de l'huile blanche est certainement plus lente; mais cette variété est toujours bien supportée et prise sans difficulté. Bien plus, elle aiguise l'appétit et régularise le jeu des fonctions digestives. La tolérance permettra toujours d'en attendre les effets. Elle contient plus d'iode que la noire, mais un peu moins que la brune. Les parties inorganiques l'emportent sur les parties organiques. Hogg insiste sur la prédominance de la glycérine parmi ses éléments gras.

M. Deschamps d'Avallon, pharmacien en chef de la maison de santé de Charenton ([1]), a, du reste, prouvé que l'huile de foie de morue sort presque incolore ou blanche du parenchyme hépatique.

L'huile blanche est donc l'huile native, et malgré l'autorité des noms que nous avons cités, auxquels nous joindrons encore ceux de MM. Trousseau et Pidoux (*Traité de Thérapeutique*), nous nous rangerons à l'opinion de MM. Gourée ([2]), Williams ([3]) et Donavan ([4]), en donnant la préférence aux espèces pâles, qu'elles soient le résultat de développement spontané, ou qu'elles soient obtenues à la vapeur, peu importe. M. Bouchardat ([5]) accorde encore plus d'avantages à ces dernières.

Tous les médecins anglais les recommandent de préférence aux espèces foncées ; et en Norwége, cette préférence est si bien entrée dans les choses admises, qu'on leur donne, et à elles seules, la qualification d'*huiles médicinales* ([6]).

([1]) Mémoire communiqué à l'Académie de médecine, le 25 décembre 1854.
([2]) *Bull. méd. belge*, janvier 1858.
([3]) *London Journal of Medicine*, janvier 1849.
([4]) *Dublin Journal of Medical Science*, juillet 1840 et septembre 1845.
([5]) *Annuaire de Thérapeutique*, 1858 (p. 222).
([6]) Chez certains fabricants, on appelle ainsi seulement les huiles à la vapeur.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Cas de réunion d'un morceau de doigt complétement séparé.

Lorsque, dans le courant du siècle dernier, Garengeot parla de ce fait curieux d'un nez complétement divisé et réuni très-heureusement après avoir été séparé pendant un certain temps du reste du corps, il provoqua une explosion d'incrédulité qui lui valut cette réputation de menteur, dont il n'est pas encore totalement réhabilité aux yeux de la science. Il est cependant probable que ce fait était rigoureusement vrai, car nous avons aujourd'hui la preuve que des cas absolument semblables, sinon plus extraordinaires encore, ont été constatés par de nombreux témoins et ne sauraient plus être révoqués en doute.

Quoique tous les ouvrages classiques parlent d'un certain nombre de ces réunions et que les journaux de médecine aient rapporté déjà plusieurs de ces exemples, les observations de cette nature sont cependant toujours assez curieuses pour mériter d'être notées à mesure qu'elles se présentent. En voici une de plus à ajouter à la liste de celles qu'on a publiées jusqu'ici.

Sarah, cuisinière, âgée de trente-cinq ans, se coupe, avec un couteau de cuisine, l'extrémité du doigt annulaire gauche, le 25 août 1867, à huit heures du soir. Appelé aussitôt auprès de cette fille, je la trouve occupée à étancher son sang qui sort en nappe abondante, et je constate que la plaie comprend la moitié radiale de l'extrémité du doigt annulaire gauche. L'organe est comme taillé en bec de flute par une incision qui comprend, sur la face dorsale, le tiers de l'ongle, et sur la face palmaire, une partie correspondante de la pulpe digitale. L'extrémité de la phalangette est mise à nu.

Désireux de tenter la réunion du fragment divisé, je le demande ; mais on me répond qu'il a été jeté. Je le fais chercher ; on le retrouve bientôt sur l'appui d'une fenêtre, où il est tombé par hasard. Ce morceau a la forme d'une demi-sphère dont le diamètre a à peu près les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. La calotte est constituée par l'épiderme et le tiers de l'ongle. Sur le plan de section, on voit un épais morceau de tissu cellulaire graisseux, qui constitue la pulpe digitale. Ce fragment détaché est pâle, absolument exsangue et froid.

Ayant débarrassé, par un lavage à l'eau tiède, le doigt et la main

des taches de sang qui les maculent, je réapplique le morceau divisé sur la surface saignante, qui suinte toujours très-abondamment, et je le maintiens en place par une croix de Malte en linge fin sec. Sur cette croix de Malte, je place un petit plumasseau de charpie sèche, seconde croix de Malte et bande spirale nouée à la racine du doigt. Une fois le pansement fini, je le fais plonger dans un mélange d'une partie d'eau-de-vie pour trois parties d'eau. Sensation de brûlure légère qui cesse au bout de dix minutes. Le bandage sera maintenu constamment humecté.

Le 26 août, à six heures du soir, c'est-à-dire vingt-deux heures après l'accident, Sarah a l'imprudence de tremper sa main dans de l'eau savonneuse et grasse. Je la dépanse aussitôt pour changer le linge souillé, et je vois avec grand plaisir que le fragment, remis en place, est parfaitement adhérent dans toute son étendue. Il est séparé du restant du doigt par une ligne rouge de lymphe plastique, épaisse d'un quart de millimètre environ, parfaitement circulaire et continue. Pas de suppuration. Toute l'extrémité du doigt est rouge. Le fragment lui-même, quoique plus pâle, est cependant bien certainement traversé par le sang vivant. Réapplication d'un bandage analogue; continuation des lotions alcoolisées.

Le 29 août, le pansement, qui a été humecté jusque-là avec de l'eau alcoolisée, est défait. Le morceau divisé est parfaitement recollé. La ligne de séparation n'est indiquée que par un trait rouge; tout gonflement a disparu. L'ongle et l'épiderme paraissent devoir rester et n'avoir subi aucune altération. Le doigt n'est plus garanti que par un doigt de gant en peau.

Le 12 septembre, l'accroissement naturel de l'ongle a poussé peu à peu vers l'extrémité libre la partie qui avait été atteinte par l'instrument tranchant, de sorte qu'il ne porte plus la trace de l'accident. On voit encore sur la pulpe digitale une cicatrice linéaire qui part du bord interne de l'ongle, près de sa matrice, et se termine sur le milieu de son extrémité libre, en passant par la face palmaire. L'épiderme s'est exfolié en une écaille mince, chassé par un épiderme de nouvelle formation. La partie divisée a récupéré complétement la chaleur; la sensibilité semble elle-même un peu augmentée.

Le 15 septembre, il n'y a plus de visible qu'une ligne cicatricielle circulaire, à peine perceptible, pour indiquer l'accident.

Voilà, j'espère, un fait remarquable de réunion, après une division bien complète, puisque j'ai été obligé de faire chercher le morceau, qui était tombé sur l'appui d'une fenêtre, et qu'on avait

laissé exposé à l'air extérieur depuis environ quinze minutes. Ce n'est pas, d'ailleurs, le premier exemple de réunion d'une partie divisée que j'ai observé ; en effet, en voici qui, quoique moins concluants en cela que la séparation n'était pas complète, sont néanmoins assez intéressants :

1° J'ai vu, il y a longues années, mon père replacer ainsi avec succès le nez à un matelot breton, appelé Douesnard, qui venait d'être défiguré dans une rixe par un vigoureux coup de dents.

2° Pendant que j'étais interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon, j'ai eu à soigner dans le service de mon bien affectionné maître le docteur Long (hommes blessés, lit n° 2), un homme qui, en tombant, s'était divisé presque entièrement la langue, le fragment ne tenait plus que par quelques faibles tractus charnus; trois points de suture le maintinrent en place.

3° J'ai observé un cas de réunion de l'annulaire divisé par une scie circulaire, chez un ouvrier meunier, à l'hôpital de la Marine de Toulon, en mai 1859.

4° Enfin, en 1861, le docteur Pichorel, chirurgien en chef de l'hospice du Havre, m'a montré un avant-bras qui avait été dilacéré par un engrenage de telle sorte que la continuité n'était plus entretenue que par l'os radius entouré d'un peu des supinateurs; tout le reste, la peau, les autres muscles de la région antibrachiale, le cubitus, l'artère cubitale, avaient été divisés dans une longueur de plus de deux centimètres. Quoique le cas parût indiquer l'amputation immédiate, pour laquelle il aurait suffi d'un coup de bistouri et d'un trait de scie, la conservation fut tentée, et, grâce aux soins empressés de M. le docteur Fourquet aîné, alors interne du service, elle réussit complétement; la plupart des mouvements de l'avant-bras et de la main furent compromis, mais, cependant, ce qu'il en resta rendait mille fois plus de service que l'appareil prothétique le plus parfait.

Ces divers faits m'ont tellement frappé, que j'ai eu l'idée de commenter les observations de réunion enregistrées par la science, et le rapport de Bérard à la Société anatomique, sur une observation de M. Piedaguel, il y a une vingtaine d'années, m'a servi de point de départ. En compulsant tous les ouvrages de chirurgie que j'ai eu l'occasion de parcourir jusqu'ici, en feuilletant les diverses collections de journaux de médecine, je suis arrivé à en recueillir déjà un nombre assez grand, se décomposant ainsi qu'il suit :

Doigts réunis après division plus ou moins complète.....	54
Oreilles..	9
Nez..	36
Langues..	7
Poignets...	2
Avant-bras.......................................	5
Bras...	3
Métatarses.......................................	1
Parties de la face ou du crâne.........................	23
Cornées transparentes.............................	2
Dents..	25
Divers...	29
Total....	196

On ne recueille pas inutilement un aussi grand nombre d'observations ; en les rapprochant et les comparant, on voit qu'elles mettent en lumière des faits très-inattendus ; je compte publier sous peu cette étude, qui ne manquera peut-être pas d'intérêt ; pour aujourd'hui, j'ai voulu me borner à enregistrer un cas nouveau pour en appeler d'autres, et pour encourager les tentatives de conservation dans les cas semblables, puisque nous voyons que les guérisons connues sont en nombre déjà considérable.

Une précaution utile pour assurer le succès est le pansement avec un mélange d'eau et d'eau-de-vie, mélange dont on élève rapidement les proportions d'alcool, de manière à employer dès le troisième jour de l'eau-de-vie pure. Des bandelettes de linge sec ou de taffetas gommé, ou bien encore, une très-légère couche de collodion, sont les moyens préférables pour maintenir le rapport des parties en contact. En supprimant ainsi tout corps gras et les bandelettes de diachylum, on diminue les chances de voir apparaître la suppuration, qui est, on le sait, l'obstacle le plus puissant à la réunion par première intention.

L'apparition de la suppuration n'est pas cependant une cause absolue d'insuccès, car, même dans le cas où il s'en formerait un peu, il ne faut pas désespérer de l'adhésion. Quoi qu'il en soit, on ne doit pas se presser d'enlever le pansement, et même lorsqu'il semble que la réunion ne se fait pas, on peut laisser assez longtemps les parties en place ; parce que, d'une part, grâce aux lotions alcooliques fréquentes, la décomposition putride n'est pas à craindre, et que, d'autre part, la cicatrisation se fait plus facilement et plus vite quand la partie est protégée par le morceau momifié par le pansement alcoolique, que quand elle est au contact direct de l'air et des pièces de pansement.

D[r] Bérenger-Féraud,
De la marine impériale.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur la phthisie pulmonaire, par Félix de Niemeyer, professeur à l'Université de Tubingue, traduites de l'allemand par le docteur Louis Culmann.

Lorsque parurent les *Eléments de pathologie interne et de thérapeutique* de Niemeyer, nous nous élevâmes contre l'esprit de ce livre qui ne nous paraissait pas remplir les conditions d'un traité élémentaire. Nous y découvrions le parti pris de faire abstraction complète des notions de pathologie générale, et une tendance à baser les fondements de la pathologie sur l'anatomie pathologique au détriment de la clinique. Cette tendance, faiblement accusée dans le traité de pathologie, se décèle ouvertement dans les *Leçons cliniques sur la phthisie pulmonaire* du même auteur, et comme Niemeyer bouleverse d'un trait de plume toutes nos idées sur la phthisie pulmonaire, il nous permettra de discuter ses opinions, d'examiner avec le lecteur si elles sont bien fondées. Quand on traite de dangereuse la théorie de Laennec, ce n'est pas à la légère qu'il faut s'avancer pour en proposer une nouvelle. La doctrine de Laennec n'est pas restée intacte telle que ce médecin l'avait créée, la science a marché depuis. Laennec avait mal interprété certaines lésions, et les travaux de l'école allemande sur la pneumonie caséeuse ont fait faire un grand pas à la question ; mais partir de là pour tenter une réforme radicale de la phthisie pulmonaire, c'est aller trop loin, et nous espérons montrer que la théorie nouvelle est purement hypothétique.

Laennec enseignait que la phthisie pulmonaire était due à la formation de tubercules qui, en se ramollissant, amenaient des désordres étendus et causaient ainsi la mort. Les recherches histologiques ont montré depuis que tout ce qu'on a compris sous le nom de tuberculose infiltrée est le produit de pneumonies chroniques, catarrhales, caséeuses, quel que soit le nom qu'on veuille leur donner, ou mieux de pneumonies tuberculeuses lobulaires, pour employer l'expression de MM. Hérard et Cornil ; mais il est toujours admis que ces lésions se rattachent à la même cause, à la diathèse tuberculeuse. L'élément inflammatoire, qu'on ne saurait nier dans la phthisie et qui était tout pour Broussais, doit être pris en considération, et c'est ainsi que s'expliquent les lésions multiples qui se rencontrent à l'autopsie des tuberculeux. Niemeyer renverse tout cela et prétend que, *dans la majorité des cas, les tubercules ne se développent que tardivement*

et ne font que compliquer la phthisie pulmonaire à une période avancée. La tuberculose n'est plus une maladie primitive; c'est, dans la plupart des cas, une maladie secondaire qui, sous l'influence exercée sur l'organisme par des produits morbides caséeux, s'est développée d'une manière inconnue. Nous citons textuellement, et Niemeyer résume sa pensée par cette phrase expressive : *Le plus grand danger qui menace la plupart des phthisiques est de devenir tuberculeux.* C'est une révolution complète : on n'est plus phthisique parce qu'on est tuberculeux; on est phthisique parce qu'on a une pneumonie catarrhale, et ce n'est que plus tard, secondairement, qu'on devient tuberculeux. Niemeyer peut dire avec Molière : Nous avons changé tout cela.

Pour établir cette assertion inattendue, Niemeyer va sans doute apporter des faits nombreux, des observations probantes, une statistique quelconque de phthisiques qui, traités comme tuberculeux, n'ont présenté à l'autopsie que les lésions de la pneumonie catarrhale. Nullement; Niemeyer le dit, il est convaincu, cela suffit et il faut le croire. Il part de ce principe (p. 8) que, dans beaucoup de cas, la phthisie pulmonaire n'est déterminée pendant toute sa durée que par des processus inflammatoires, et que le plus souvent, quand des tubercules sont rencontrés dans le poumon, à côté des produits de la pneumonie, la tuberculose ne s'est développée qu'à une période avancée de la maladie. C'est ce qu'il fallait démontrer et ce que Niemeyer n'a pas fait, tandis que nous admettons avec Hérard et Cornil que la pneumonie lobulaire, catarrhale de Niemeyer, la lésion la plus fréquente qu'on observe dans les poumons des tuberculeux, celle que Laennec, Louis ont prise pour type de leur description, est constamment associée à la granulation grise qui est pour eux le type du tubercule, et voici la phrase que nous empruntons au passage que ces auteurs ont consacré à réfuter les opinions de l'auteur allemand [1] : « Tout se réduit à une question d'anatomie pathologique ; or, pour nous, cette question est complétement résolue. Dans *tous* les cas où nous avons pratiqué l'autopsie des malades auxquels fait allusion Niemeyer, de ceux, par exemple, chez lesquels l'affection avait débuté brusquement par l'enrouement et la toux, nous avons rencontré les granulations tuberculeuses en même temps que les broncho-pneumonies caséeuses, absolument comme dans les phthisies qui se sont développées sous d'autres influences, hérédité, troubles de la nutrition, etc. »

---

[1] Hérard et Cornil, *De la phthisie pulmonaire*, p. 583.

Ainsi donc, au point de vue anatomo-pathologique, la théorie de Niemeyer nous paraît complétement erronée. Quant à l'étiologie de la phthisie, l'auteur fait table rase de toutes les opinions généralement admises dans la science, et n'hésite pas à déclarer que, malgré toutes les assertions contraires, *l'hérédité de la tuberculose n'est pas suffisamment prouvée*, et quelle raison donne-t-il? Une seule, la voici, le lecteur jugera : « On ne devrait parler de tuberculose, transmise par hérédité, que dans les cas où l'un des parents aurait été atteint d'une tuberculose vraie au moment de la conception, et dans lesquels l'enfant procréé ne gagnerait pas simplement une maladie entraînant la tuberculose, mais deviendrait immédiatement tuberculeux. Pour l'enfance, époque à laquelle la tuberculose pulmonaire se produit rarement, on ne pourrait citer à la rigueur comme exemple de tuberculose ainsi transmise par hérédité, dans le sens le plus restreint des mots, que la tuberculose des méninges, que l'on rencontre si fréquemment à cet âge [1]. » Voilà où conduit l'oubli des notions élémentaires de la pathologie générale : Niemeyer n'hésite pas à rayer du cadre des maladies héréditaires le type d'une des maladies qu'on peut appeler de race, la tuberculose pulmonaire, et cela pour venir appuyer sa théorie basée uniquement sur l'anatomie pathologique. « Il est inadmissible, dit-il, de voir une preuve de l'hérédité de la tuberculose dans les cas d'individus adultes, nés de parents tuberculeux et devenus par la suite eux-mêmes tuberculeux; car, dans ces cas encore, chez les parents aussi bien que chez les enfants, la tuberculose ne forme que le dernier anneau d'une chaîne de processus qui ont influé sur le développement de la maladie, ce qui fait que ce n'est nullement la tuberculose elle-même qui forme l'héritage [2]. » L'auteur ne s'aperçoit pas qu'il tourne dans un cercle vicieux; s'appuyant sur des prémisses fausses, il ne pouvait qu'arriver à des conclusions erronées.

Tout ce qui a trait à l'étiologie est d'un fantastique peu compatible avec l'observation exacte. Après avoir déclaré que « l'opinion généralement admise par laquelle la phthisie pulmonaire serait indépendante de causes dites occasionnelles et ne se développerait que sous l'influence d'une diathèse, lui semble aussi peu motivée que dangereuse, » l'auteur énumère les causes occasionnelles suivantes : « Toutes les influences nuisibles entraînant à leur suite des catarrhes bronchiques et des hyperémies fluxionnaires du poumon;

---

(1) Niemeyer, p. 31.
(2) Idem, p. 32.

le développement d'hyperémies pulmonaires à la suite d'efforts exagérés, et les irritations directes du poumon et de la muqueuse bronchique par des corps étrangers, et parmi ces corps étrangers qui entraînent la phthisie par irritation directe des parois bronchiques et du parenchyme pulmonaire, le sang retenu et coagulé dans les bronches et les alvéoles à la suite d'une hémoptysie et d'une pneumorrhagie est celui qui exerce cette influence. » Jusqu'ici nous croyions que les hémoptysies coïncidaient, en général, avec le développement des tubercules. Erreur! c'est l'hémoptysie qui est une des causes les plus fréquentes de la phthisie pulmonaire. En vertu de quelle cause se produit cette hémoptysie? demandera peut-être quelque lecteur curieux. Qu'importe! l'auteur ne s'en occupe pas; toutes les suppositions sont permises, et cette hypothèse reste entourée de ce mystère dont aime à s'entourer la science allemande.

Conséquent jusqu'au bout, Niemeyer admet, au point de vue clinique, trois formes de phthisie pulmonaire qui peuvent être distinguées les unes des autres, presque avec certitude, suivant: 1° que les symptômes sont dus depuis le commencement jusqu'à la fin à des processus pneumoniques; 2° qu'une tuberculose s'y est ajoutée dans le cours de la maladie; 3° qu'enfin la maladie débute par une tuberculose du poumon. Vient alors une analyse critique des divers symptômes sur lesquels on a l'habitude de fonder le diagnostic de la phthisie; mais comme chacun de ces symptômes, pris en particulier (dyspnée, fièvre, toux, expectoration, signes stéthoscopiques, etc.), reconnaît des causes multiples et peut exister dans les trois formes, la confusion commence.

Nous espérions trouver dans cette partie de l'ouvrage un tableau clinique bien net, bien tranché, qui nous eût permis d'appliquer au lit du malade les distinctions si nettement formulées par l'auteur dès le début, mais il est à peine ébauché, et le diagnostic différentiel n'est pas même tenté. Niemeyer fait jouer un grand rôle à ce qu'il appelle le catarrhe prodromique, qui « entraîne la pneumonie catarrhale par la propagation du mal aux alvéoles, et la phthisie pulmonaire par la transformation caséeuse et la fonte consécutive du produit inflammatoire. » Mais ne voit-on pas chez des tuberculeux, au début, des bronchites avec expectoration déterminée par l'évolution tuberculeuse? Ne voit-on pas, d'un autre côté, des gens tourmentés par des bronchites tenaces et réitérées qui ne deviennent jamais phthisiques? Ces malades, suivant l'expression de M. Pidoux, ne sortent jamais du catarrhe; ils aboutissent à l'emphysème et à l'asthme symptomatique, mais ils ne deviennent jamais ni tuber-

culeux ni phthisiques. Certes nous ne nions pas la difficulté du diagnostic du catarrhe des ramifications bronchiques du sommet du poumon, la marche de la maladie peut seule trancher la question, et nous croyons, contrairement à l'opinion de Niemeyer, que la persistance d'un catarrhe au sommet du poumon doit s'expliquer presque toujours par la présence de tubercules pulmonaires. L'auteur l'avoue lui-même, puisqu'il dit que le développement des tubercules dans les poumons des phthisiques peut avoir lieu d'une façon tellement latente qu'on ne saurait le diagnostiquer, ou du moins qu'un diagnostic certain est chose impossible.

Arrivé au traitement de la phthisie pulmonaire, le théoricien disparaît et cède la place au médecin. On pouvait craindre que, dans cette croyance que la phthisie pulmonaire n'est due qu'à des processus pneumoniques, Niemeyer ne proposât un traitement énergique, et ne revînt à la pratique de la doctrine physiologique, mais il s'est rappelé ce qu'il dit dans ses *Eléments de pathologie* : « Quelle que soit la cause immédiate de la tuberculose pulmonaire, on peut affirmer comme positif que le mauvais état de la nutrition, la faiblesse de la constitution entraînent une forte prédisposition au développement des tubercules [1], » et il se borne à rappeler les médications habituelles sanctionnées par l'expérience. Le traitement préventif et hygiénique y tient une grande place. Nous nous associons pleinement à la recommandation faite d'instituer un régime sévère dès le début d'un catarrhe aigu limité aux sommets pulmonaires, surtout dès qu'apparaissent la fièvre et l'amaigrissement; c'est ainsi que se développent nombre de phthisies acquises; mais nous n'osons le croire lorsqu'il dit : « Je suis convaincu qu'autrefois j'ai perdu bien des malades de phthisie galopante, uniquement parce que je les considérais comme perdus d'avance, et que je ne les traitais pas comme des hommes atteints de pneumonie, mais comme porteurs d'un néoplasme qui s'est développé dans le poumon, et dont il n'est pas donné à l'art médical d'arrêter l'extension et les métamorphoses ultérieures. » A ce propos, je tiens à relever une errenr de Niemeyer. Notre confrère étranger paraît être convaincu qu'en France la plupart des médecins croient encore comme Laennec à l'incurabilité de la phthisie. Cette opinion est inexacte, car tous nos maîtres et nos livres classiques enseignent que la phthisie est curable, mais dans de faibles proportions, parce qu'il est difficile de réaliser les conditions nécessaires à la guérison.

---

(1) *Eléments de pathologie interne*, p. 204.

Nos critiques ne nous empêchent nullement de reconnaître le talent que l'auteur a développé dans ses leçons cliniques. Nous pensons qu'il s'est égaré à son point de départ, et, conséquent avec lui-même, il a suivi sa marche hors du droit chemin. Si l'expérience vient confirmer sa théorie, nous serons des premiers à reconnaître notre erreur, mais jusqu'ici et pour les raisons que nous avons données, elle ne nous paraît pas suffisamment établie pour renverser la doctrine basée sur l'observation clinique tout à fait d'accord avec l'anatomie pathologique.

Le traducteur, M. Culmann, a droit à nos éloges ; il nous a rendu facile et agréable la lecture d'un ouvrage écrit dans une langue familière à peu de nos lecteurs. Sa réputation est maintenant assurée ; mais qu'il ne choisisse pas à la légère, qu'il ne nous fasse connaître que des œuvres de choix. On nous a dit qu'il traduisait en allemand la clinique de Trousseau, cette œuvre ne peut que vulgariser les traditions de la médecine française de l'autre côté du Rhin ; quant à cette dernière traduction, nous doutons fort qu'elle aide au développement des idées médicales allemandes dans notre pays. Le bon sens de nos confrères en a fait promptement justice.

F. Bricheteau.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Traitement du cancroïde par l'acide acétique. — Vers la fin de l'année dernière, le traitement du cancer par l'acide acétique appliqué localement fut vivement préconisé par plusieurs chirurgiens anglais. Ils se basaient théoriquement sur ce que, dans les préparations microscopiques, l'acide acétique détruit la cellule cancéreuse, et ils espéraient atteindre le même but sur le vivant. Les résultats n'ont pas confirmé d'aussi belles espérances, en France du moins. Il est trop évident que nous n'avons encore aucun moyen topique ou interne de guérir le cancer et le cancroïde ; que l'ablation radicale seule donne des résultats plus ou moins durables.

Il ne faut cependant pas dédaigner les moyens qui, sans guérir complétement, améliorent la maladie et soulagent le malade. Je pense que l'acide acétique est un de ces moyens. L'observation que l'on va lire est intéressante à ce point de vue. Il s'agit d'un malade opéré une première fois avec le bistouri, une seconde fois avec le caustique, et qui, entré de guerre lasse à Bicêtre comme incurable, a vu son état s'améliorer très-notablement sous l'influence des ap-

plications locales d'acide acétique très-étendu. J'avais déjà observé le même fait sur un malade atteint d'un cancroïde du scrotum. L'observation suivante a été recueillie par M. Depelchin, interne du service.

L*** Jacques, cinquante-quatre ans, horloger, a toujours joui d'une bonne santé et ne présente pas d'antécédents syphilitiques. Ses parents sont morts dans un âge avancé et de maladies n'ayant aucun rapport avec le cancer.

Le mal actuel s'est manifesté une première fois en 1861. Il existait à la joue gauche, entre la pommette et le nez, au-dessous de la paupière inférieure, un petit bouton de la grosseur d'une forte tête d'épingle; ordinairement indolent, il donnait lieu parfois à un peu de démangeaison; il était recouvert d'une petite croûte qui s'enlevait facilement, et il saignait un peu quand on y touchait. Ennuyé de voir ce bouton persister, L***, qui n'avait d'ailleurs suivi aucun traitement, alla consulter Robert et entra dans son service à l'Hôtel-Dieu, où il séjourna six semaines. Des applications caustiques n'ayant obtenu aucun bon résultat, Robert fit l'ablation avec le bistouri, et la plaie fut cautérisée avec le nitrate d'argent. La guérison fut rapide. C'était en 1863.

En 1865, la cicatrice de l'opération faite par Robert s'était ulcérée.

Cette ulcération s'agrandit peu à peu, en gagnant vers le nez, le front et les paupières. Une névralgie faciale se produisit avec une grande violence et fut presque continuelle pendant les premiers temps. — A mesure que le mal se propageait, les paupières de l'œil gauche s'induraient de proche en proche, se fermaient, et elles finirent par se souder complétement, en cachant l'œil gauche, resté sain. L'ulcération gagnait du reste moins dans ce sens que vers la partie latérale du nez, le grand angle de l'orbite et le front. — Pendant six mois, on se contenta d'appliquer des cataplasmes émollients, puis le malade consulta M. Fano, qui fit neuf applications succcssives du caustique de Canquoin. Après chaque cautérisation, au bout d'un temps variable, l'ulcération se produisait sur la cicatrice. Lassé de l'insuccès de ces moyens, L*** se présenta de nouveau à l'Hôtel-Dieu, en 1867, et fut admis dans le service de M. Maisonneuve, qui employa la solution d'acide phénique.

Après six semaines de séjour à l'Hôtel-Dieu, le malade fut admis à Bicêtre vers les premiers jours de septembre. Pendant la première semaine, aucun traitement ne fut suivi et il y eut quelques douleurs névralgiqnes. L*** s'étant alors présenté à la consultation de

M. Tillaux, il lui fut prescrit un pansement avec une solution d'acide acétique au tiers. Cette solution ne fut employée que les deux premiers jours; trop concentrée, elle détruisait l'épiderme autour de l'ulcération. La solution employée depuis ce moment est faite au cinquième (une cuillerée d'acide acétique pour cinq cuillerées d'eau).

Le 5 octobre, l'état constaté est le suivant : le grand angle de l'œil gauche est occupé par une ulcération qui s'enfonce profondément vers la cavité de l'orbite et s'étend en bas sur la paupière inférieure, jusqu'au niveau du rebord de l'orbite; une autre ulcération, séparée de la précédente par un pont cicatriciel, occupe la peau de la racine du nez et s'étend en point sur la partie latérale gauche de cet organe ; sa superficie est comparable à celle d'une pièce d'un franc, et inférieurement elle se réunit à l'ulcération de la paupière. Une troisième ulcération, moins large et n'intéressant aussi que la peau, siége à la paupière supérieure et à la région sourcilière; quelques brides cicatricielles minimes la séparent des autres. Les bords sont taillés à pic et indurés; le fond de l'ulcère est grisâtre, mamelonné ; la forme est irrégulière. Au niveau du grand angle de l'œil, la profondeur de l'ulcération atteint au moins un centimètre; partout ailleurs, la peau seule est entamée. Il n'y a qu'une petite quantité de pus inodore. Autour de l'ulcération, la peau est un peu violacée, mais ne présente pas d'induration et n'est pas douloureuse au toucher, sauf en un point vers la pommette, au niveau du bord inférieur de l'ulcère. Il existe aussi un point rouge, induré et tuméfié légèrement, au voisinage du grand angle de l'œil *droit ;* une ulcération étroite qui passe sur la racine du nez réunit ce point d'induration à l'ulcération principale. — La narine gauche est remontée et déformée depuis l'opération pratiquée par Robert ; elle laisse passer l'air librement et n'est pas plus sèche que l'autre. A gauche, le sourcil a complétement disparu. Le globe de l'œil gauche est refoulé en haut et à gauche, comme on peut le constater facilement à la palpation ; les paupières sont soudées, et il ne reste qu'une ligne comme trace de leurs bords libres; toutefois, l'œil caché derrière perçoit encore la lumière, et même cette impression est quelquefois douloureuse; l'occlusion complète des paupières date de deux ans. — Un peu plus bas sont deux cicatrices profondes, au niveau du rebord orbitaire, se prolongeant vers la tempe gauche ; elles résultent de blessures dont il a été question plus haut.

La santé générale est excellente.

Les pansements ont amené dès le début la disparition de la né-

vralgie faciale; puis l'ulcération a cessé de faire des progrès, et dans certains points, principalement à la racine et sur la partie latérale du nez, les bords de l'ulcération se cicatrisent; cicatrisation lente, mais évidente. L'induration qui envahissait la peau jusqu'à la moitié de la hauteur du front a disparu, et actuellement le malade peut porter un chapeau, ce qui lui était impossible auparavant. Enfin, la quantité de pus fournie par l'ulcère a diminué notablement.

Les pansements avec la solution d'acide acétique sont faits trois fois par jour et consistent en un lavage de l'ulcération avec de l'eau légèrement acidulée et l'application d'une compresse imbibée de la solution.

4 novembre. — La cicatrisation continue à se faire au niveau du nez, où l'ulcération est superficielle. — A l'époque des changements de temps, il y a souvent quelques douleurs névralgiques au front et à la joue. — Il y a toujours un soulagement marqué après chaque pansement, à ce point que lorsqu'il éprouve un peu de douleur, le malade fait un quatrième pansement le soir, pour avoir une nuit tranquille.

Jusqu'à ce jour, on se contentait du lavage et de l'application d'une compresse, de sorte que les bords seuls de l'ulcération ont été soumis d'une *manière continue* à l'action du traitement; à dater d'aujourd'hui, une boulette de charpie imbibée de la solution acétique sera introduite chaque fois dans la cavité ulcérée.

En résumé, L*** n'est pas guéri et ne guérira probablement pas; mais on ne saurait contester que l'emploi de l'acide acétique ait donné un résultat relativement satisfaisant. Dr TILLAUX.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouvelle observation d'accidents provoqués par le calomel employé en collyre simultanément avec un traitement ioduré à l'intérieur. M. Isambert (1), médecin des hôpitaux de Paris, a signalé tout récemment à l'attention des praticiens les accidents locaux de cautérisation, de vésicatoires même, auxquels peuvent donner lieu certaines applications mercurielles sur la peau lorsque intervient quelque agent nouveau capable d'exercer une réaction chimique sur les poussières mercurielles qui restent logées dans les plis de la peau.

Les observations qui font la base de ce travail mettent non-seulement en évidence l'incompatibilité de

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 15 et 30 juin 1867, t. LXXII, p. 488 et 561.

l'iode avec les préparations mercurielles, mais encore, et c'est là le point capital pour la pratique, la facilité avec laquelle ces métalloïdes donnent avec celles-ci des réactions très-vives déterminant, sinon des complications graves, du moins souvent très-douloureuses pour les malades, ainsi que le fait observer notre distingué confrère.

Mais une remarque plus intéressante encore, peut-être, au point de vue pratique, c'est qu'une préparation iodée prise à l'intérieur et venant à être éliminée, en partie, par la sécrétion lacrymale, par exemple, doit, en rencontrant une préparation mercurielle sur la muqueuse oculaire, reproduire plus sûrement encore les accidents signalés sur la peau par M. Isambert. Or, ce fait, comme nous le savons, a été démontré par l'observation qu'a publiée le docteur Hennequin [1] qui a vu se manifester une conjonctivite intense et même une eschare de la conjonctive après avoir pratiqué des insufflations de poudre de calomel sur la cornée d'une enfant soumise au traitement ioduré à l'intérieur.

L'iodure de potassium étant, d'une part, un des agents les plus précieux de la matière médicale, par suite un des plus souvent mis en usage aujourd'hui, d'un autre côté, MM. Donders, Giraud-Teulon, etc., ayant démontré l'efficacité des insufflations de calomel dans les affections de la cornée, si fréquentes parmi les enfants, nous avons pensé qu'il ne serait pas hors de propos de rapporter l'observation suivante, due au docteur Lagarde. de Verdun, qui confirme celle déjà faite précédemment par M. le docteur Hennequin :

Mme X***, âgée de vingt-deux ans, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament lymphatique, habitant la campagne et mariée depuis quelques mois, nous faisait appeler en août 1866 pour une métrorrhagie inquiétante, suite d'avortement accidentel. Elle était à peine convalescente, qu'elle eut à souffrir d'une névralgie lombo-abdominale très-douloureuse, et c'est pendant que nous lui donnions des soins pour cette dernière affection qu'une *conjonctivite phlycténulaire* très-intense est survenue.

L'œil atteint était presque complétement guéri et on n'employait plus le calomel, selon la méthode de M. Giraud-Teulon, que dans le but de prévenir une récidive, quand tout à coup, et sans autre cause appréciable que l'insufflation qu'on venait de pratiquer, cette dame fut prise de douleurs excessivement vives et d'une inflammation oculaire si intense que, sans prendre le temps de nous consulter, elle se fit appliquer plusieurs sangsues à l'angle externe de l'œil malade.

Ce n'est que le surlendemain de l'accident que nous avons vu Mme X***. La douleur avait diminué, mais le larmoiement et la photophobie étaient encore assez considérables pour nous empêcher d'examiner d'une manière bien complète le globe oculaire ; cependant nous avons pu nous assurer que ces symptômes ne dépendaient pas d'une nouvelle poussée de pustules.

C'était donc le calomel qui avait fait naître tous ces accidents : mais, nous devons le confesser, l'explication de ces désordres nous avait alors échappé, et elle ne nous a été révélée que le soir où, par hasard, nous avons lu l'observation de M. Hennequin. Nous nous sommes alors parfaitement rappelé qu'après avoir en vain cherché à combattre la névralgie lombo-abdominale par des moyens aussi nombreux que variés, nous nous étions adressé à l'iodure de potassium en désespoir de cause, et c'est après que Mme X*** a en fait usage du second paquet que se sont manifestés les phénomènes douloureux dont nous venons de parler. Ils ont suivi de si près la nouvelle médication employée, que la malade et son entourage se sont demandé si ce ne serait pas à elle qu'il faudrait attribuer cette inflammation si subite et si violente.

De nouveau, cette fois, comme dans l'exemple rapporté par M. Hennequin, une dose très-minime d'iodure de potassium (un gramme environ), prise à l'intérieur, et des insufflations de poudre de calomel pratiquées simultanément sur la muqueuse oculaire, ont produit par leur rencontre sur cet organe une inflammation très-vive.

Les observations que nous devons à MM. Isambert et Hennequin nous ont appris à quels nouveaux composés il fallait attribuer les accidents en question, et il est certain que, dans le cas qui nous occupe ici, on ne peut supposer qu'une partie du calomel projeté

[1] *Gazette hebdomadaire*, n° 7, 14 février 1867.

sur la muqueuse oculaire en présence de chlorure de sodium tenu en solution dans le liquide du sac conjonctival, se soit transformée en bichlorure et ait agi comme un caustique puissant sur cette membrane ; car alors il faudrait se demander pourquoi cet effet aurait attendu pour se manifester qu'il y ait eu de l'iodure de potassium d'absorbé, puis d'excrété par les larmes.

Quoi qu'il en soit, du reste, de la réaction en elle-même, nous pouvons conclure, d'après les faits que nous venons de citer, qu'il sera toujours prudent d'éviter l'emploi simultané des préparations hydrargyriques locales et l'administration à l'intérieur des préparations iodées, quand il s'agira surtout des maladies des yeux. Il est probable que des observations ultérieures nous prouveront bientôt que, dans les maladies des fosses nasales, la même ligne de conduite serait nécessaire. (*Gazette des Hôpitaux.*)

De l'efficacité de la liqueur de Fowler employée topiquement contre l'épithélioma. Le docteur d'Ormea. *assistente* de la clinique des maladies vénériennes et cutanées dans l'Université de Bologne, a publié sur l'efficacité de la liqueur de Fowler contre l'épithélioma quelques observations qui nous paraissent dignes d'intérêt. Le docteur Gamberini, ainsi que le professeur Rizzoli, de Bologne, se louent beaucoup de ce moyen contre l'épithélioma, et les observations que cite M. d'Ormea viennent à l'appui des faits relatés par les médecins dont on vient de parler. Nous nous contenterons de rappeler les détails les plus importants de chacune de ces observations.

Obs. I. Louise B***, forte constitution, a été souvent atteinte de catarrhe utérin et d'ulcères au pudendum. Le 15 septembre, elle entra à l'hôpital pour un ulcère à la fourchette ayant tous les caractères d'un chancre mou, sans pléiade ou adénite inguinale. En dépit du traitement local usité d'ordinaire, la plaie s'agrandit, devint profonde. à fond rouge, sec, à bords relevés, blancs et indurés. On employa le traitement interne et les pommades mercurielles localement. La maladie ne s'amenda nullement, malgré les caustiques les plus énergiques. cautère actuel, pâte de Canquoin alternant avec des pommades et des solutions caustiques astringentes et balsamiques. Il s'était écoulé plus de *treize mois* et l'ulcère avait toujours le même aspect, sécrétant une petite quantité de sérosité purulente avec les bords relevés et durs. Le fond, d'un rouge sombre, saignait facilement et était d'ailleurs indolent. Le docteur Gamberini pensa qu'il était en présence d'une dégénérescence épithéliomateuse, opinion que confirma l'examen microscopique le 28 octobre 1866. On pansa chaque jour l'épithélioma avec la liqueur de Fowler, et le 15 décembre la femme sortit de l'hôpital entièrement guérie.

Obs. II. Marie Z***, vingt et un ans, constitution débile, atteinte de phthisie, entra, le 19 novembre 1865, pour un catarrhe utérin et des érosions du méat urinaire, qui prirent peu à peu un mauvais caractère : le méat s'agrandit, la muqueuse devint violacée, se hérissa de productions qui saignaient facilement. Le docteur Gamberini, après avoir examiné un petit lambeau de muqueuse au microscope, diagnostiqua un épithélioma de l'urèthre. Le 20 août 1866, on commença l'usage de la liqueur de Fowler. Le 19 janvier 1867, la malade quitta l'hôpital guérie, mais avec un méat urinaire agrandi.

Obs. III. Angèle Z***, trente ans, entrée à la clinique le 13 septembre 1866, porteuse d'un épithélioma de la fourchette et de quelques végétations aux environs de l'anus. L'épithélioma, au dire de Z***, datait de *deux années* ; il avait alors l'étendue d'une pièce de deux centimes, de forme irrégulièrement arrondie, le fond d'un rouge sombre, saignant facilement; les bords étaient lisses, durs et blanchâtres, simulant le tissu cicatriciel ; aucune douleur. Sous l'influence locale de la liqueur de Fowler, l'épithélioma se guérit entièrement le 10 janvier 1867, et fut remplacé par une cicatrice linéaire très-dure et blanche.

Obs. IV. Julie Z***, prostituée, se présente avec un léger prurit de l'urèthre, qui laissait suinter une humeur blanchâtre. L'urèthre est d'un rouge livide, le méat est rétréci par des fongosités ; pas d'adénite inguinale. Le 21 septembre on applique la liqueur de Fowler, et le 10 octobre de la même année le mal était guéri. Il y eut une récidive au bout d'un mois. Mais un nouveau traitement par la liqueur de Fowler amena la guérison le 19 janvier 1865.

Obs. V. Caroline S***, dix-neuf ans, a parcouru depuis *deux ans* plusieurs

hôpitaux pour se débarrasser d'une ulcération résidant aux parties génitales. Les petites lèvres et toute la fourchette étaient envahies par un ulcère de forme irrégulière, fournissant une sécrétion séro-purulente, ayant des bords durs blanchâtres, le fond d'un rouge pâle. Le 19 février 1867, quand la malade quitta la clinique, l'ulcération avait diminué d'un tiers.

Obs. VI. Emilie P***, ayant eu à différentes reprises des chancres et une syphilide papuleuse, entre avec un épithélioma du méat urinaire. Comme il y avait des antécédents syphilitiques, on administra les préparations mercurielles intérieurement; on cautérisa avec le nitrate acide de mercure, on appliqua des pommades au précipité rouge, au sublimé. Mais la guérison fut obtenue au bout de deux mois et demi par l'usage local de la liqueur de Fowler.

Obs. VII. Nicolas C***, âgé de soixante et un ans; en 1831, blennorrhagie; en 1859, chancre du gland qui guérit en quinze jours. Le malade commença à souffrir de la langue il y a près d'un an. Le mal débuta par une petite grosseur, puis par de la difficulté à mouvoir la langue. Le 14 février 1867, lorsque C*** entra à la clinique, la langue tout entière était plus pâle que dans l'état normal; les papilles plus développées, surtout vers la base; la moitié droite de l'organe était plus grosse que la gauche d'un tiers. Dans un point de son bord libre, existe une tumeur de la grosseur d'une aveline, ayant un diamètre de cinq centimètres, circonscrite par des bords blanchâtres, renversés en dedans. Le fond de l'ulcère est crevassé en divers points et fongueux dans d'autres. La partie ulcérée repose sur une induration très-marquée; il n'y a pas de douleur soit spontanée, soit par le toucher; la sensation la plus pénible pour le malade est une sécheresse continuelle de la langue.

On commença par enlever avec les ciseaux la plus grande partie des fongosités, et on tamponna la partie avec de la charpie imbibée d'eau de Pagliari, puis les jours suivants on pansa la plaie deux fois par jour avec de la charpie imbibée de liqueur de Fowler. Il y a un mois que le traitement est commencé et déjà l'amélioration est très-manifeste : l'ulcère n'a plus que trois centimètres de diamètre; les bords, dans quelques points, se sont entièrement aplanis, le fond n'est plus fongueux, le malade parle plus facilement et commence à manger du pain et de la viande.

Obs. VIII. César B***, cinquante et un ans. En 1843, chancre mou du prépuce. En 1860, nouveaux chancres avec adénite. La même année, éruption ecthymateuse. Il y a deux ans que B*** sentit ses dents s'ébrauler; peu à peu les dents de la mâchoire supérieure se mirent à tomber, en même temps que la voûte palatine se tuméfiait et pâlissait; la mastication finit par devenir impossible.

Le malade entra à la clinique le 25 février 1867 et fut considéré comme atteint d'épithélioma du voile du palais. Toute la voûte palatine et l'arcade alvéolaire sont doublées de volume; sur la ligne médiane se trouve un sillon profond, et sur les bords de ce sillon un ulcère irrégulièrement ovalaire superficiel, dont les bords se confondent avec un fond rose. Tout cela très-dur et aride, indolent, mais très-douloureux lors des mouvements nécessités par la mastication. Les parties malades présentent la couleur qu'ont les substances organiques qui ont macéré dans l'alcool. Les gencives sont de la même couleur, couvertes de fongosités irrégulières.

Il y a trente jours que le malade est soumis uniquement au traitement topique par la liqueur de Fowler, et l'amélioration est incontestable. Il peut manger toute espèce d'aliments, la sensation de sécheresse excessive a disparu, l'ulcère s'est réduit de moitié, mais le gonflement et la dureté persistent encore. (*Giornale Ital. delle malattie veneree.*)

Guérison d'un tétanos traumatique par la fève de Calabar. Une fille de douze ans s'était, le 1er janvier, fait avec un couteau de cuisine une plaie à la face dorsale du pouce gauche, près du métacarpe. Cette plaie guérit lentement, et le 14 janvier on observa une contracture des masséters, qui cependant céda à l'application d'un sinapisme. Ce n'est que le 1er mars (jusque-là elle se porta bien) que se déclara de nouveau cette contracture dans les masséters, à laquelle se joignit un léger spasme dans les muscles de la face. Les convulsions devinrent de plus en plus intenses et s'étendirent peu à peu, de telle sorte qu'au bout de huit jours il s'était développé un tétanos du plus haut degré. Après avoir donné pendant quelques jours de l'opium, du chloro-

forme, de la térébenthine, etc., sans le moindre succès, le docteur Campbell ordonna, pour la première fois, au dix-septième jour, une solution vineuse de l'extrait de la fève de Calabar (0gr.60 sur 30 grammes) et fit prendre, toutes les demi-heures, cinq gouttes. Le lendemain matin, la mère raconta que, la veille, les convulsions n'avaient pas été aussi intenses; on augmente la dose jusqu'à huit gouttes. A minuit, la malade était dans un demi-coma, mais la respiration assez tranquille; l'opisthotonos avait disparu; les muscles des extrémités se trouvaient dans un état de relâchement presque complet. Le 19, le docteur Campbell la trouve dans un sommeil profond, qui dura trois heures (c'était le premier depuis la maladie); les pupilles sont contractées, et les mouvements convulsifs ne se manifestaient que dans les muscles du dos lorsqu'elle se remuait ou qu'on la remuait. On laisse le médicament pendant un jour, et on donne du bifteck et du brandy. Le lendemain, les contractures des muscles du dos existaient encore; aussi administre-t-on de nouveau la fève de Calabar sous forme de pilules, un quart de grain par dose toutes les deux heures; et, au bout de huit jours, comme la rigidité des muscles du dos n'avait pas encore cessé, on double la dose (demi-grain). Le 6 avril, on permet pour la première fois à la malade de se promener un peu dans la chambre, mais elle se plaint encore de douleurs dans le dos et de faiblesse dans les membres: et c'est dans cet état que, le 20 avril, on la laisse sortir comme convalescente, avec la recommandation de se bien nourrir. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

De la trachéotomie à la période ultime du croup. Un de nos chirurgiens distingués de province, M. Calvet (de Castres), vient de publier les résultats que lui a donnés la trachéotomie employée dans la dernière période du croup, et sa statistique est des plus heureuses. A sa connaissance, jusqu'à la fin de l'année 1863, la trachéotomie n'avait jamais été pratiquée dans la ville de Castres. Cette opération n'inspirait aucune confiance, sa gravité ne paraissait pas compensée par l'attente d'un résultat que l'on considérait comme fort problématique, et les parents refusaient d'y soumettre leurs enfants. M. Calvet entreprit de prouver à ses compatriotes l'utilité de la trachéotomie, et fut assez heureux pour guérir son second opéré. Depuis cette époque, il a fait seize trachéotomies et a obtenu huit guérisons, la moitié, soit 50 pour 100. Nous ne saurions trop féliciter notre confrère d'avoir communiqué ces chiffres, et nous engageons les chirurgiens de province à imiter son exemple. La trachéotomie doit réussir en province, et quand les médecins seront familiarisés avec les soins consécutifs, ils obtiendront des succès bien plus nombreux qu'à Paris. Ce sera la meilleure réponse aux détracteurs de la trachéotomie, qui, nous ne saurions trop le dire, est la plus belle conquête de la chirurgie moderne. (*Revue médicale de Toulouse.*)

Tétanos traumatique traité avec succès au moyen de la nicotine. Le tabac a déjà été employé plusieurs fois, et non sans succès, dans le traitement des convulsions tétaniques. Les recherches du professeur Haughton sur l'action antagoniste du principe actif de cette solanée et de la strychnine, les bons résultats obtenus par M. Chevers combattant l'empoisonnement par la strychnine à l'aide de l'infusion de tabac (V. *Bull.*, t. LXXII, p. 44), ne pouvaient qu'encourager de nouvelles expérimentations de ce médicament dans le tétanos; et c'est ainsi que nous trouvons le fait suivant, recueilli par M. Wonds, dans le service de M. Harrison, à l'hôpital du Nord, à Liverpool.

Le malade était un garçon de onze ans, qui, atteint depuis cinq semaines de plaie contuse à la partie postérieure de la tête, non encore cicatrisée, avait été pris, trois jours avant son admission, de raideur du cou et de difficulté à ouvrir la bouche. Au moment de l'entrée, la plaie était en pleine suppuration, l'os dénudé; les muscles de la face et du cou étaient tendus; il y avait impossibilité de tirer la langue hors de la bouche, rire sardonique, commencement d'opisthotonos, rigidité des fléchisseurs des avant-bras. Les symptômes allèrent graduellement croissant en intensité. Le 6 janvier, on fit toutes les trois ou quatre heures une injection sous-cutanée d'un quart de grain de morphine. Les jours suivants, le même traitement fut continué avec augmentation des doses, ce qui n'empêcha pas les symptômes de s'accroître encore.

Le 9, la rigidité musculaire était

devenue générale; de vives douleurs, surtout au niveau des attaches du diaphragme, excitaient sans cesse les cris du malheureux enfant; dyspnée et anxiété considérables; constipation; impossibilité d'uriner, rendant le cathétérisme nécessaire; peau chaude, sèche; pouls à 120, filiforme. Ce fut alors que M. Harrison se décida à recourir à la nicotine. Un douzième de goutte est administré à cinq heures moins un quart du soir, le pouls étant à 120. — A cinq heures un quart, la même dose est répétée, pouls à 108; — A sept heures un quart, pouls à 112, un huitième de goutte. — A neuf heures, le pouls est tombé à 68, légèrement intermittent: il y a une sueur profuse, la rigidité musculaire a diminué; le malade peut uriner sans être sondé, ce qui n'avait pas eu lieu depuis trente heures. La nicotine est interrompue durant la nuit, pendant laquelle il y eut un bon sommeil de plusieurs heures. Le lendemain, 10 janvier, la raideur des muscles est certainement moindre; le soir, un douzième de goutte est administré, le pouls étant à 172. Le 11, assez bonne nuit, pouls à 110; un douzième de goutte le soir. Le 12, sommeil la nuit, pouls à 92. Le soir, les symptômes tétaniques semblent avoir repris plus d'intensité que la veille, et l'impossibilité d'uriner spontanément a reparu: un huitième de goutte deux fois dans la soirée; le pouls étant remonté à 115. Sommeil la nuit suivante, amélioration marquée le lendemain, miction naturelle.

Sans entrer dans plus de détails, bornons-nous à constater qu'à partir de ce moment l'amélioration fit des progrès non interrompus, et que le patient put quitter l'hôpital en bon état au bout de six semaines. Il va sans dire que, concurremment avec le traitement du tétanos, celui de la plaie de tête fut suivi d'une manière régulière.

Les effets de la nicotine, tels qu'ils se sont montrés dans ce cas, peuvent se résumer ainsi : 1° diminution dans la fréquence des battements du cœur; cette diminution fut plus marquée le premier jour, mais elle ne manqua jamais chaque fois que le médicament fut administré: 2° diminution constante de l'intensité du spasme musculaire : évidente de tous points, elle ne fut nulle part mieux accusée que par le retour de l'évacuation urinaire et le soulagement de la dyspnée; 3° effet sédatif sur le système nerveux en général; 4° excitation de la sécrétion cutanée, mais sans qu'elle présentât l'odeur du tabac, comme l'ont mentionné quelques personnes. (*Lancet*, 9 nov. 1867.)

Anévrysme volumineux de l'artère poplitée guéri en vingt-quatre heures par la compression digitale. Un policeman, homme fort et robuste, âgé de trente-deux ans, entré à l'hôpital de Guy, dans le service de M. Bryant, le 25 mai 1867, portait dans le creux poplité gauche une tumeur du volume du poing, présentant des battements énergiques qui s'arrêtaient quand on comprimait l'artère fémorale, en même temps que la tumeur s'affaissait. Pas de douleur à l'état de repos, vives douleurs, au contraire, dans les mouvements et la marche. La maladie paraissait devoir être attribuée à une chute faite environ deux mois auparavant.

La compression est commencée le 30 mai, à neuf heures du matin; elle est faite par des étudiants, se relayant à tour de rôle après une séance d'une heure. A trois heures après-midi le sac est un peu plus dur. Le 31, la compression a été continuée pendant la nuit, mais avec moins de régularité; nonobstant, les battements sont moins énergiques. A trois heures et demie du soir, la compression à l'aide d'un poids est substituée à la compression digitale, et continuée jusqu'au lendemain, sept heures du matin. A ce moment la douleur éprouvée par le malade dans le genou et la jambe oblige à la suspendre. Le sac est un peu plus dur, les battements sont moins forts, la jambe est un peu tuméfiée. On essaye de revenir à la compression digitale, mais le malade ne peut la supporter, tant la douleur est devenue intense. Le 2 juin, on calme celle-ci au moyen d'une injection sous-cutanée de morphine.

Le 15, M. Bryant essaye de la flexion forcée de la jambe sur la cuisse; mais il n'est pas possible de continuer ce procédé plus de quelques minutes.

Enfin, le 19 juin, la compression digitale est requise, à neuf heures du matin; cette fois elle est confiée à trois personnes qui doivent s'y employer ensemble pendant deux heures, chacune comprimant pendant dix minutes, puis se reposant pendant que les autres agissent à leur tour le même espace de temps. Au moment où l'on commence, la tumeur est dure, mais animée de pulsations très-fortes. A dix heures

du soir, douleur si intense que le patient semble ne pas pouvoir supporter plus longtemps la compression; injection sous-cutanée de morphine, qui soulage la douleur et permet de reprendre l'opération; à onze heures les battements deviennent pour la première fois insensibles; ils reparaissent de temps à autre, jusqu'à neuf heures du matin, le 20 juin, moment où ils cessent définitivement. La compression avait été cette fois continuée à peu près sans interruption pendant vingt-quatre heures de suite. Les jours suivants il fut nécessaire de combattre quelques symptômes qui se manifestèrent, notamment un refroidissement notable, général ou partiel, des membres, de la céphalalgie, de la constipation. Cependant l'état devint rapidement satisfaisant, car le 11 juillet le malade fut autorisé à sortir de son lit pour s'asseoir sur une chaise, et le 20 il put commencer à marcher; il restait encore de l'engourdissement et du froid dans le gros orteil, mais qui ne duraient pas et disparaissaient par la marche.

On aura remarqué dans cette observation le moyen employé par le chirurgien pour assurer la persistance de la compression, à savoir l'emploi simultané de plusieurs personnes se relayant de dix en dix minutes. Une circonstance digne également d'être notée, c'est le bon effet de l'injection morphinée hypodermique, qui, en calmant la douleur, permit de continuer l'opération. (*Lancet*, 19 oct.)

Nouvel exemple des bons effets de l'éther pulvérisé pour la réduction des hernies. Le sujet de cette observation, à la suite d'une chute, fut pris de nausées et de vomissements qui se prolongèrent toute la journée, sans qu'on soupçonnât la nature de la lésion dont il était atteint. Appelé auprès de lui le lendemain, M. Coleman reconnut cette lésion, qui n'était autre chose qu'une hernie inguinale du côté droit, du volume environ d'une petite poire. Les désordres du côté de l'estomac avaient continué, et, sauf une garde-robe peu abondante quelque temps après l'accident, il n'y avait eu depuis aucune évacuation intestinale. L'abdomen était tendu, mais non douloureux à la pression, non plus que la tumeur herniaire. Le pouls était plein et fréquent.

Des tentatives de taxis ayant été faites sans succès, notre confrère voulut essayer l'emploi du froid appliqué localement; mais n'ayant pu se procurer de la glace, il eut recours à la pluie d'éther pulvérisé. L'enfant se plaignit vivement de la sensation de froid intense causée par ce moyen; mais l'effet fut excellent, car la reprise du taxis amena, au bout d'une minute ou deux, le bruit de gargouillement caractéristique et la disparition de la hernie.

Ce résultat ne doit pas être perdu de vue par les praticiens, non plus que les autres faits semblables que nous avons déjà enregistrés; car ils montrent tout le parti qu'on peut tirer, dans les cas de ce genre, de la réfrigération que détermine la pulvérisation de l'éther. (*British med. Journ.*, 9 novembre.)

Cas d'hydrocèle guérie par la faradisation. Un homme âgé de cinquante-quatre ans vint consulter M. Powell pour une hydrocèle dont il était atteint depuis plusieurs années, et qui, traitée trois fois déjà par l'injection, s'était chaque fois reproduite. La tumeur était volumineuse et très-sensible. Le chirurgien pensa qu'il pourrait obtenir un résultat meilleur, c'est-à-dire la guérison définitive, au moyen du traitement électrolytique. En conséquence, le 12 janvier dernier, il introduisit à la partie antérieure de la tumeur une aiguille, en rapport avec le pôle zinc ou négatif d'une pile de Daniell, tandis que l'autre électrode, terminé par une éponge humide, était appliqué à la partie opposée du scrotum. L'opération, qui ne détermina que peu de douleur, fut prolongée pendant cinq minutes, et répétée ensuite trois fois de deux jours l'un, après quoi la partie avait repris à peu près son volume normal. Depuis lors, c'est-à-dire depuis neuf mois, l'épanchement ne s'est pas reproduit. (*Med. Press and Circ.*, 6 novembre.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Instrument pour la transfusion du sang. M. le professeur Robin présente à l'Académie des sciences un nouvel instrument pour la transfusion du sang, imaginé par le docteur Roussel, de Genève, et fa-

briqué par MM. Robert et Collin.

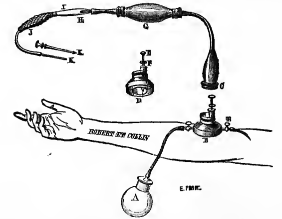
Ce transfuseur repose sur deux idées nouvelles :

1° Entourer la prise du sang d'un manchon vide d'air et imperméable à l'air ;

2° Faire la saignée sous l'eau, chasser le sang dans un canal plein d'eau et vide d'air, reliant directement et hermétiquement la veine qui donne à celle qui reçoit.

Cet instrument contient plusieurs parties nouvelles et importantes, qui sont :

1° La ventouse annulaire B, extérieure à la prise de sang, mise en jeu par une pompe G à action continue, et traversée par un tube R amenant



de l'eau à l'intérieur du transfuseur;

2° La lamette à ressort E et à curseur F réglant sa course, mobile pour être dirigée contre la veine; cachée dans l'instrument, et faisant la saignée dans l'eau, à l'abri de tout contact avec l'air :

3° La poche souple, passive, terminée par un anneau métallique C, s'ajustant à pattement sur la ventouse B; faisant réservoir (comme l'oreillette du cœur) au sang fourni par la veine;

4° La pompe active G aspirante et foulante, simulant le ventricule du cœur (prise à l'instrument de M. Maisonneuve);

5° La poche souple à filet, passive et active, rendant régulier le jet du sang transfusé, ainsi qu'est régulier et continu le courant veineux qui doit le recevoir ;

6° Le compte-gouttes, par le tube duquel l'eau vient remplir le transfuseur et en chasser l'air avant la saignée, avec lequel encore le chirurgien peut introduire un liquide médicamenteux dans le courant sanguin.

A, pompe à ventouse à double soupape.

H, soupape en caoutchouc.

I, tube de cristal.

J, poche à filet pour jeu continu.

KK, trocart et canule d'issue. (*Académie des sciences.*)

VARIÉTÉS.

Exposition internationale des Sociétés de secours pour les malades et blessés des armées de terre et de mer.

APPAREILS PROTHÉTIQUES DE M. LE COMTE DE BEAUFORT.

Pour compléter la revue de cette exposition que nous avons publiée dans le dernier numéro, nous donnons ici la description des appareils récemment imaginés par le comte de Beanfort. Ceux de nos lecteurs qui ont la collection du

Bulletin pourront ainsi compléter la série de tous les membres artificiels [1] dus à cet ingénieux inventeur, étranger aux études médicales, et qui n'a été dirigé dans ce genre de recherches que par un ardent désir de rendre service à l'humanité souffrante.

Jambe de bois articulée. — Dans cet appareil, les montants articulés sont en bois, et l'extrémité inférieure se termine en un pied artificiel à base convexe. La partie supérieure est munie d'une gaîne sur laquelle le cône de la cuisse prend ses points d'appui.

Un tel arrangement combine le principal avantage de la jambe artificielle du riche avec la supériorité qu'offre celle du pauvre sous le rapport de la diminution de poids et de l'étendue de la base plantaire. Ce modèle, applicable aux amputations faites au lieu d'élection et au tiers inférieur, ainsi qu'aux désarticulations du genou et de la cheville, est aussi léger que la jambe de bois ordinaire ; il en a tous les avantages ; de plus, il permet de plier le genou. Il a été adopté pour les hôpitaux, le 14 décembre 1865, par l'administration de l'Assistance publique, sur le rapport de M. le docteur Broca, dont la prompte sagacité a compris, tout d'abord, la portée de l'appareil.

Chaque montant de la cuisse se termine, à sa partie inférieure, en une mortaise dont les joues sont métalliques : le montant de la jambe s'y emboîte, et articule au moyen d'un boulon rivé à ses deux extrémités. L'œil percé dans l'attelle inférieure, pour le passage du boulon, est fortifié par une garniture tubulaire, et deux rondelles en métal.

Fig. 1.

A, B, montant en hêtre.
C, D, gaînes ordinaires.
E, pied à base convexe auquel peut être substitué un pilon.
F, articulation du genou.
G, frette en tôle, qui, lorsqu'il est nécessaire de consolider le bois, est placée de manière à remplacer la rondelle incrustée à l'articulation, et se prolonge en T sur la partie supérieure de l'attelle au dessous du genou.
H, courroie extérieure, pour combattre l'écartement des branches : elle est supprimée quand les attelles sont fixées à l'intérieur de la gaîne supérieure C.
I, courroie pour assujettir l'appareil au membre quand la jambe est fléchie.

Pour les cas d'amputation faite au-dessus du genou, ainsi que de désarticulation du genou, un cercle en métal réunit les deux attelles, et fournit des points d'appui à l'ischion, comme dans les jambes mécaniques ordinaires. J'ai chargé de cet appareil M. Ernest Weiber, habile orthopédiste, dont l'esprit inventif adopte toujours avec empressement les découvertes utiles en prothèse.

[1] Voir *Bullet. de Thérap.*, t. LX, p. 398.

Ayant eu occasion de lui faire appliquer ce système à un ampulé dont le genou était aukylosé et dont le moignon n'avait que quelques centimètres de long, j'ai eu recours à deux crochets, au lieu de verrous, pour assurer la rigidité de la jambe pendant la marche

Le crochet, dont l'extrémité inférieure est taillée en biseau, est fixé au montant supérieur sur lequel il se meut librement, en avant et en arrière, pour saisir ou abandonner un piton rivé au montant inférieur. Un ressort en caoutchouc est attaché à quelques centimètres au-dessous du piton, de manière à maintenir en prise le crochet dont il forme le prolongement, et dont le dégagement ne peut être opéré que par l'action de la main.

Le pied, à base convexe, réduit à de certaines proportions, peut être mis dans une chaussure : la partie correspondant au talon conserve, en ce cas, toute sa longueur, mais l'avant-pied doit être raccourci de moitié.

J'ai aussi fait faire par M. Werber une jambe de bois avec articulation au genou et à la cheville. Cette modification enlève à l'appareil le bénéfice de la courbe plantaire ; mais elle permet de donner la forme exacte du pied au modèle, qui peut être considéré comme intermédiaire entre la jambe articulée du pauvre et celle du riche.

Quand l'appareil est destiné à servir simplement de support à une jambe faible, le pied artificiel est nécessairement remplacé par un étrier en fer auquel les montants sont fixés à leur extrémité inférieure.

Le bois a sur le métal l'avantage de ne pas renfermer de défaut caché ; de plus il permet, par sa légèreté, de donner aux attelles une grande largeur, ce qui augmente considérablement la solidarité entre le moignon et l'appareil.

Dans le premier essai, je ne me suis servi que de montants rigides ; ce moyen de prothèse est d'une simplicité extrême, mais l'articulation du genou a une trop grande importance pour que l'on ne doive pas faire quelques sacrifices en sa faveur : elle pourrait avoir l'inconvénient de rendre l'appareil fragile, si la forme spéciale de la charnière ne venait consolider les montants, et si de légères feuilles de tôle ne donnaient au bois, en l'entourant, une résistance infiniment supérieure à tout effort produit même dans des circonstances exceptionnelles.

Avant-bras artificiel à doigts rigides et à pouce mobile. — Ce système, auquel je me suis arrêté définitivement à l'exclusion de tout autre, réunit, il me semble, les conditions les plus désirables : utilité, force, simplicité.

On peut m'objecter que la rigidité des doigts est en désaccord avec la nature, qui, dans l'acte de préhension, fait mouvoir simultanément le pouce et les doigts ; mais, comme je l'ai déjà dit, je n'ai nullement la prétention d'imiter la nature ; je veux seulement donner à une pince la forme de la main, forme qui, même avec des doigts rigides, se prête merveilleusement à la prise de la plupart des objets.

Le pouce, articulé à sa base, est pressé contre l'index et le médius par un ressort en caoutchouc fixé par une de ses extrémités à la partie représentant la première phalange du pouce, et par l'autre, à la gaîne formant avant bras. On peut, au moyen d'une corde de traction, écarter le pouce des doigts dans toutes les positions du bras, par conséquent, saisir un objet placé dans un tiroir, ou bien suspendu en l'air, comme une fleur sur sa tige.

Le ressort produit, à tous les degrés d'écartement, une pression suffisante pour maintenir en prise un corps anguleux ou lisse.

A, B, brassard et gaîne ordinaires.

C, main en bois de tilleul.

D, articulatiou du pouce.

E, ressort en caoutchouc.

FFF', corde de traction se fixant par une de ses extrémités à la face extérieure du pouec, et se terminant, à l'antre en un étrier qui embrasse l'épaule oppo-

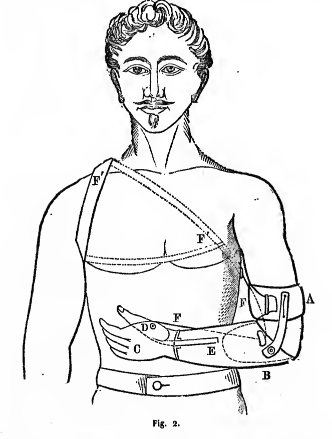


Fig. 2.

sée. Cette corde, qui passe dans une coulisse placée sous le coude, étant un peu plus courte que le bras, se teud dès que la maiu artificielle est portée vers un objet à saisir. Il suffit alors d'un très-petit mouvement d'épaule en avant pour écarter le pouce des doigts.

L'absence de mécanisme fait que ce modèle n'est pas susceptible de dérangement, et que tout accident peut être réparé au moyen de colle forte et de pointes.

Dans le cas de la désarticulation du poignet, l'embrasse A devient inutile;

car une simple courroie à boucle, serrant la gaîne à la moitié de sa bauteur, suffit pour maintenir l'appareil que, du reste, l'action du tirage tend à relever.

M. Béchard, toujours désireux de faire progresser son art, mit à me suivre, dans la voie de la simplification, le zèle éclairé dont il m'avait donné des preuves dans la fabrication des bras artificiels compliqués.

Bras artificiel pour amputation au-dessus du coude. — Au mois de mai 1864, je fis un bras artificiel pour une pensionnaire de l'hospice de la Salpêtrière, Mlle A*** G***, amputée au-dessus du coude par M. Larrey fils, en 1840.

Je reliai deux gaînes par un coude en bois auquel j'adaptai un cliquet, au moyen duquel l'avant-bras put être fixé à un angle droit, ou légèrement aigu, relativement à l'humérus, fournissant ainsi un point d'appui utile, lorsqu'on veut soulever un poids ou exercer une pression sur un corps résistant, c'est-à-dire porter un panier, se servir d'une fourchette pour s'aider à découper, etc., etc.

Je pouvais produire, à volonté, l'élévation de l'avant-bras au moyen d'un tirage spécial; mais, pour obtenir ce résultat, il fallait, dans l'agencement, dans l'application de l'appareil, un certain degré de perfection, ce qui était en opposition avec le but que je me proposais. Je subordonnai donc l'élévation et l'abaissement de l'avant-bras artificiel à l'action de la main naturelle; du reste, n'y a-t-il pas tout avantage à ce que la main soit fixée dans la position utile pour le travail ?

Un tirage met l'appareil dans les conditions nécessaires pour la prise d'un objet, au moyen d'un fil de traction qui, attaché au pouce, passe sous le coude, longe l'humérus, glisse dans une passe de la courroie par laquelle l'appareil est assujetti au corps, et vient enfin aboutir au-devant de la ceinture. La gaîne inférieure du bras est en tôle d'une épaisseur à peu près égale à celle d'une feuille de papier fort. Étant vissée au coude et au poignet, elle forme tube et présente ainsi une grande force de résistance et une légèreté remarquable.

L'emploi de la tôle n'a été qu'un essai qui, du reste, a donné d'excellents résultats; mais en pratique, la gaîne de l'avant-bras, comme celle de l'humérus, est faite en cuir épais.

Le bras mécanique à coude artificiel, ne se prêtant qu'aux petits travaux, tels que couture, etc., est plus utilement applicable aux femmes qu'aux hommes. En tout état de cause, il dissimule la mutilation avec le moins de dépense possible.

Cet appareil (fig. 5), dont j'ai confié l'exécution à M. Fichot, a été adopté par l'administration de l'Assistance publique, le 12 novembre 1864, sur le précieux témoignage de M. le docteur Broca.

A, B, gaînes ordinaires.

C, main d'un seul bloc de bois de tilleul à pouce articulé.

D, coude en bois léger, à l'exception de la partie en bois dur dans laquelle pivote le cliquet et qui a environ 1 centimètre d'épaisseur sur 6 de longueur.

E, charnière du coude.

F, cliquet.

G, étrier en cuir doux assujettissant mieux l'appareil que le prolongement de la gaîne qui, dans les modèles ordinaires, emboîte l'épaule.

HHH, courroie pour fixer l'appareil au corps; elle peut être remplacée par une courroie à boucle attachée à la gaîne supérieure et passant sous l'aisselle du côté opposé.

I, passe.

JJJ, tirage

K, ressort en caoutchouc.

Le coude, au lieu d'être à tenon et à mortaise comme dans le premier cas, est composé de deux morceaux de bois réunis par deux charnières fixées à un angle de 45 degrés environ. Le morceau de bois auquel est vissé l'avant-bras se termine en portion de boule à la partie figurant le coude, afin de remplir l'intervalle entre les deux gaînes lorsque le bras se fléchit.

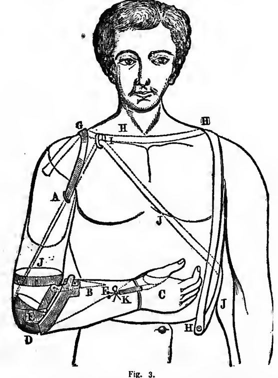


Fig. 3.

Un cliquet formé d'une languette de bois dur est réuni par un pivot au morceau de bois auquel est vissée la gaîne supérieure. Il glisse dans une fente du morceau inférieur traversée par une cheville à laquelle il s'accroche lorsque l'avant-bras fait un angle droit avec l'humérus; car il présente à sa partie inférieure un plan incliné qui, dans l'ascension, presse sur un ressort en caoutchouc fixé au-dessous de la cheville transversale. Il se trouve renfermé dans la gaîne inférieure pendant la flexion du bras; dans l'extension, il est recouvert d'un morceau de cuir fixé à la gaîne supérieure de manière à se conformer aux mouvements de l'avant-bras et à empêcher des parties de vêtement de s'engager entre les gaînes.

S'il est essentiel d'obtenir le plus grand degré de légèreté possible, le coude en bois est remplacé par de petits montants en métal; le cliquet est fixé à la

gaîne de l'humérus; son extrémité inférieure, formant crochet, traverse la gaîne de l'avant-bras, quand celle-ci est relevée, et s'engage enfin dans une rondelle en bois léger. Pour dégager l'avant-bras, il suffit d'agir sur la partie du cliquet faisant saillie sur la gaîne inférieure.

Le modèle qui vient d'être décrit est applicable à la désarticulation du coude. Dans ce cas, le cliquet est extérieur et se compose d'une languette de méta qui, pivotant à sa partie inférieure, et portant une coche à sa partie supérieure taillée en biseau, s'accroche, dans la flexion du bras, à un bouton fixé au montant de la gaîne de l'humérus, vers lequel il est sollicité par un ressort.

M. le docteur J. Roux, directeur du service de santé à Toulon, a publié récemment une brochure ayant pour titre: *Leçons de clinique chirurgicale sur la désarticulaion du coude.*

Il cite deux marins qu'il a opérés avec un plein succès, et auxquels il a appliqué deux bras artificiels accordés, sur sa demande, par M. le ministre de la marine, et confectionnés par M. Fichot.

Le savant professeur fait figurer dans sa notice les photographies des deux marins et des appareils, et il termine en disant:

« Depuis plusieurs mois, nos deux opérés ont pu être pourvus d'avant-bras artificiels de l'invention de M. le comte de Beaufort.

« Cet appareil prothétique a le triple avantage de masquer la difformité produite par l'ablation d'une partie du membre, de permettre les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras, enfin de faire bénéficier le blessé de l'action la plus importante de la main, l'opposition du pouce dont l'écartement et le rapprochement se font à l'aide d'un mécanisme aussi simple qu'ingénieux. »

Pour rendre l'appareil qui vient d'être décrit applicable à la désarticulation de l'épaule, il suffit d'y ajouter une bande de tôle qui, fixée à la partie supérieure de la gaîne de l'humérus, se plaque contre le corps et s'y trouve maintenue par une courroie. En reliant cette bande de tôle, par une attache, à la partie antérieure de la ceinture ou du vêtement, l'appareil est susceptible d'un mouvement en avant, de manière à n'être rigide qu'au point où la résistance est utile.

Une seconde courroie, attachée à la partie supérieure de la gaîne, fixe au corps ce moyen de prothèse, qui a presque l'utilité du modèle précédent; car il met une personne désarticulée de l'épaule à même de porter un objet dans une position déterminée, d'appuyer avec une fourchette, de tenir une étoffe pour coudre, etc., etc.

Du reste, dans le cas d'une amputation simple, il ne faut pas considérer une main artificielle comme devant remplacer la main naturelle perdue: elle vient seulement en aide à celle qui reste; ainsi quand, au moyen de la prothèse, on tient un livre, un cigare, etc., etc., la main naturelle conserve sa liberté d'action.

Association des médecins de France. — Une circulaire du Conseil général de l'Association, adressée à MM. les présidents des sociétés locales, annonce que, sur une demande du Conseil au ministre de l'intérieur, il sera sursis au remplacement du président de l'Association générale des médecins de France jusqu'à la prochaine réunion de l'Association générale, et que cette assemblée générale pourra appeler l'attention du ministre sur les candidats qui lui paraîtraient les plus aptes à occuper la présidence.

Il est bien entendu que la liste des candidats devra contenir plusieurs noms,

et ne pourra limiter le libre choix qui appartient au gouvernement en vertu du décret organique de 1852.

Cette note fera cesser les bruits malveillants qui ont circulé depuis la mort de M. Rayer, et dont quelques journaux de médecine se sont faits l'écho. N'a-t-on pas été jusqu'à prédire la dissolution prochaine de l'Association ?

Nous engageons vivement nos coufrères, et surtout ceux de province, qui ne peuvent connaître le motif de ces attaques, à ne pas se laisser prendre à cette tactique. L'Association s'est proposé un but noble et utile, et elle l'a atteint. La mort de son président ne prouvera qu'une chose, c'est qu'elle saura se suffire à elle-même.

M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur, vient d'être élevé à la dignité de sénateur.

M. Cl. Bernard a été nommé président de la Société de biologie, en remplacement de Rayer.

Par décret, ont été nommés :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe, les cinquante médecins stagiaires dont les noms suivent :

MM. Claudot, Lereboullet, Marvaux, Mabboux, Annequin, Lorber, Tachard, Roufflay, Boppe, Vigenaud, Dumoutier, Tuefferd, Rouget, Delamarre, Sorel, Delmas, Boncourt, Lux, Blaise, Lœvel, Guilhem, Crussard, Desprez, Lepage, Hutin, Foulquier, Margerie, Bizos, Florance, Breton, Guillé, Bédoin, Odin, Dumas, Ribes, Bidalot, Gass, Lecadre, Vincens, Cuq, Letellier, Piales d'Astrex, Debout, Clarence, Ramonet, Caron, Moret, Charpentier, Laurent, Marcailhou.

Par décret en date du 23 novembre 1867, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, pour le courage et le dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie de fièvre jaune qui a récemment sévi au Sénégal, savoir :

Au grade d'officier : — M. Cédont, médecin de 1re classe, chargé par intérim du service de santé à Saint-Louis.

Au grade de chevalier : — MM. Thaly, médecin de 1re classe, Richard et Chaumeil, médecins de 2e classe.

Le docteur A. Grimaud vient d'être nommé inspecteur de l'établissement de Niederbronn.

Le lundi 10 février 1868, un concours pour la place de chef interne, médecin résidant, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, s'ouvrira dans cette ville.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 8 janvier inclusivement, au secrétariat de l'administration des hospices, cours d'Albret, 91, à Bordeaux, où les candidats trouveront tous les renseignements dont ils auront besoin.

Cours public et pratique sur la laryngoscopie et la rhinoscopie. — M. le docteur Ch. Fauvel recommencera ce cours samedi 23 novembre, à dix heures, à son dispensaire, rue Visconti, 18, et le continuera les mardis et samedis suivants, de dix heures à midi.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Estevenet, professeur de clinique à l'Ecole de médecine de Toulouse.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Introduction du Traité de Thérapeutique et de Matière médicale de MM. Trousseau et Pidoux.

La huitième édition du *Traité de Thérapeutique* dont nous annonçons la publication est précédée d'une introduction qui, pour l'un des deux auteurs, a été sa dernière œuvre. En la mettant sous les yeux de nos lecteurs, nous croyons rendre ainsi un dernier hommage à la mémoire d'un homme qui a donné une vive impulsion à la science aux progrès de laquelle nous sommes voué.

(*N. du R.*)

PRÉFACE DE LA HUITIÈME ÉDITION.

L'ouvrage dont nous offrons au public la huitième édition a paru pour la première fois, il y a plus de trente ans, dans des conditions complétement différentes de celles où la médecine se trouve aujourd'hui.

La matière médicale existait à peine : elle expiait ses abus. Des sangsues, des émollients, quelques révulsifs, un peu d'opium en faisaient presque tous les frais. Les ouvrages de Cullen, de Krantz, de Desbois de Rochefort, de Schwilgué, d'Alibert, de Barbier (d'Amiens), de Martinel, etc., servaient moins aux médecins qu'à la préparation du quatrième examen des élèves.

Ces traités spéciaux n'avaient, en effet, rien de vraiment médical. L'influence de l'observation clinique ne s'y faisait pas sentir. Après l'histoire naturelle et pharmacologique des médicaments ; après l'indication nominale des maladies dans lesquelles on les emploie, et la posologie, on n'y trouve presque plus rien. L'*Apparatus medicaminum* de Murray leur était supérieur ; mais, indépendamment de ce qu'il avait vieilli, il était écrit en latin. Le *Dictionnaire de matière médicale* de MM. Mérat et de Lens n'offrait qu'un *compendium* des ouvrages que nous venons de citer. La *Bibliothèque de thérapeutique* de Bayle, travail de pure érudition, bornée à la monographie exacte de quelques médicaments, ne répondait pas aux besoins de la pratique et de l'enseignement.

Non-seulement l'esprit de la médecine moderne et la clinique n'inspiraient pas ces ouvrages, mais la critique y manquait absolument. Cependant les erreurs de la doctrine physiologique, et celles des anatomo-pathologistes venus après elle, appelaient une discussion continuelle. La face nouvelle de la médecine depuis cette

révolution imposait à la thérapeutique des directions correspondantes. La clinique renouvelée ne pouvait pas accepter sans modification la matière médicale des nosologies antérieures à Bichat, à Broussais, à Laennec, etc. Les préjugés de l'anatomie devaient réagir sur elle, et une autre physiologie des médicaments en était la conséquence nécessaire.

Deux études parallèles commençaient à sortir de cette situation : celle de l'action pathogénétique des médicaments et celle de leur action thérapeutique comparées.

Un ouvrage devait représenter à ce point de vue le progrès de la science, l'inaugurer dans la matière médicale et l'appliquer à la thérapeutique. Nous tentâmes de l'exécuter et nous fûmes lus. Mais ce n'est pas à cette cause seule que nous dûmes de réussir. Il est juste de rapporter surtout le succès de cet ouvrage à ce que, quelque vivement pénétrés que nous ayons toujours été du sentiment de la science moderne, nous sommes restés studieusement attachés à la grande tradition hippocratique, et à ce que nous n'avons jamais sacrifié l'expérience des siècles aux nouveautés si souvent éphémères de l'expérimentation et des systèmes.

L'anatomie et la physiologie sont des sciences : la médecine est, avant tout, un art. A ce titre, elle a précédé et précédera toujours la science. Inséparable de la science, l'art en est néanmoins distinct. Appuyé sur elle, il se l'assimile et s'en accroît incessamment. Au commencement des âges, il fut presque tout. Il n'était alors formé que d'une expérience rude mise au service d'un bon sentiment. Avec le temps, la science éclaira de plus en plus l'art ou l'empirisme; mais l'art ne peut jamais abdiquer entre les mains de la science. Au lit du malade, la valeur de la science est relative; elle dépend toujours du sentiment de l'artiste, de la justesse et du tact avec lesquels il applique à un cas de maladie donné les notions que la théorie lui fournit.

La science a changé bien des fois depuis Hippocrate ; et pourtant, ce grand homme a fondé la médecine sur des vérités premières tellement solides, qu'elles sont devenues le sens commun médical et les règles immuables de l'art. Ces principes, trouvés sans la science, ont vu passer à leurs pieds les flots changeants de celle-ci. C'est que l'art, fortifié par l'expérience, voit par l'intuition et le génie ; et que la science est assujettie au travail, au temps et à la contradiction : le progrès est sa loi. Or, le progrès d'une science donnée est solidaire du progrès de beaucoup d'autres. Les progrès de la physiologie et de la pathologie, qui sont des sciences,

dépendent, par exemple, de ceux de la physique et de la chimie, qui précèdent la science de la vie et lui servent de condition dans l'ordre des connaissances comme dans l'ordre des choses ou de la nature. Que de tâtonnements et d'illusions la science a dû traverser pour arriver au point si imparfait encore qu'elle a atteint aujourd'hui !

Cependant, un pas inouï et décisif a été fait depuis un demi-siècle. Les différentes sciences ont pris leurs assises. Elles sont toutes sur leurs bases propres et n'ont plus qu'à s'y développer. La physiologie, longtemps sans anatomie vivante, était obligée de chercher ses fondements dans la science des corps inorganiques. Aujourd'hui, elle est chez elle : elle va jusqu'à la connaissance immédiate des éléments organiques; elle sait qu'ils ont une vie propre à l'infini dans leur ordre ; une vie qu'on ne peut réduire à un règne inférieur qu'en la détruisant ; et elle peut faire la biographie de chacun de ces éléments comme celle de l'organisme entier qui est composé de leur association hiérarchique. Ces systèmes de physiologie qui portent des noms aussi barbares qu'eux, la chimiâtrie et l'iatromécanique, sont devenus impossibles. Désormais la science de la vie ne peut plus errer que dans son propre domaine. L'animisme n'y a même plus son ancienne raison d'être, car chaque élément organique irréductible est doué d'une vie propre ; et l'organisme entier n'est que l'assemblage consensuel et hiérarchique de ces éléments naturellement animés, essentiellement pénétrés d'une force d'évolution continue qui se propage sans interruption au moyen des germes. Qu'ont besoin ceux-ci d'être animés par un principe distinct, puisqu'ils le sont intérieurement et par eux-mêmes ?

La science des modificateurs de l'organisme, agents de l'hygiène ou agents de la thérapeutique, peut donc se développer normalement. La matière médicale est entrée dans cette voie régulière et définitive. Elle se meut librement dans la physiologie et dans la clinique. En étudiant l'action des médicaments sur les animaux sains, comme la toxicologie l'avait fait pour les poisons, elle a créé la pathologie expérimentale, pathologie artificielle à côté de la pathologie naturelle, et elle a pu vérifier ce que d'autres et nous-mêmes avions professé depuis longtemps, savoir, que c'est par l'action pathogénétique dont elles sont douées que les substances médicinales actives modifient les maladies et peuvent les guérir. Il y a vingt ans que nous avons même essayé de déterminer quelques-unes des lois de cette grande observation. On le peut voir dans l'*Introduction* qui suit. Elle a paru, en 1847, avec la troisième édition de ce Traité. Nous n'avons rien voulu y changer.

La matière médicale et la thérapeutique continuent à tenter avec une sincère ardeur des méthodes nouvelles, et elles aspirent par ces méthodes à un état plus positif et plus scientifique. Nous espérons que cette direction les y conduira; nous en sommes même certains, et nous nous y associons aujourd'hui comme autrefois : les augmentations dont nous avons enrichi cette huitième édition le prouveront assez. Mais si l'on veut que ce progrès soit vraiment médical, et que l'art en profite, il faut bien se persuader que la pathologie ne peut pas se déduire *à priori* de la physiologie, ni la thérapeutique de la toxicologie et de la pathologie expérimentale.

On ne peut pas recommencer la médecine tous les jours. Le progrès qui ne s'appuie pas sur la tradition médicale est un faux progrès, condamné à périr. Par tradition médicale, nous entendons la somme des vérités générales acquises et transmises dans l'art sans interruption. La science doit procéder dans son évolution comme les êtres dans la leur. Chaque règne de la nature a pour fondement et condition d'existence le règne qui le précède; et dans chaque règne, chaque ordre, chaque classe supposent un ordre et une classe moins développés et moins riches, dans lesquels ils s'enracinent et sans lesquels ils seraient inconcevables. On observe le même processus en embryologie. La bonne science évolue donc comme la nature et, en définitive, comme l'esprit humain ; et les idées, les méthodes qui ne sont pas régies par cette loi sont nécessairement éphémères.

La tentative hardie de Descartes, excellente pour la connaissance de soi-même ou la philosophie, bonne encore pour une science pure quelconque, la physiologie, par exemple, est inapplicable à un art, impossible pour la médecine.

La médecine ne peut pas attendre. Il faut qu'elle agisse toujours. On ne peut pas dire à un malade : Nous vous donnerons le kina ou l'émétique lorsque nous aurons terminé nos expériences physiologiques, et que nous saurons comment agissent ces médicaments, car « l'occasion est fugitive et l'expérimentation trompeuse. » (Hippocrate.) D'ailleurs, connaîtrions-nous les forces de l'émétique et du quinquina, si nous avions dû tirer scientifiquement cette connaissance de la physiologie ? Il est permis d'en douter. La meilleure part de ce que nous savons en thérapeutique nous vient de l'art, de l'empirisme, des tâtonnements de l'expérience clinique dirigés par la nécessité et la sympathie.

Qu'aujourd'hui, que nous connaissons les agents thérapeutiques cliniquement et par l'art, nous cherchions à les connaître physiologiquement ou par la science, non-seulement cela est possible, mais

cela est nécessaire. La science doit donc venir au secours de l'art, l'éclairer, le perfectionner, l'organiser, si nous pouvons ainsi dire, et lui donner de plus en plus conscience de lui-même. Mais quelques services que la science rende à l'art; quelque muni qu'il soit par elle de faits positifs et de théories aussi approximativement justes que possible, l'art sera toujours lui, toujours souverain, pénétrant toujours plus avant dans le secret des maladies par le sentiment médical, que la science la plus positive par ses connaissances toujours provisoires. La science, c'est l'instrument indéfiniment perfectible; l'art, c'est la main qui sent, qui sympathise, qui se meut d'elle-même et s'assimile l'instrument. Aussi la vraie science médicale serait celle qui appuierait sur des faits démontrés, qui expliquerait à l'esprit et qui traduirait en principes les aperceptions profondes en vertu desquelles un médecin de génie, incapable souvent d'en rendre compte lui-même, voit et agit de telle ou telle manière conforme à la vérité pratique.

Mais quoi, si l'art est personnel à ce point, comment se pourra-t-il transmettre, et que deviendra l'enseignement?

L'art et la science se pénètrent mutuellement; un double courant va constamment de l'un à l'autre. L'art pose des problèmes à la science et lui donne des directions. La science cherche, résout, découvre, et la puissance de l'art s'en accroît.

L'art rend la science vivante et la fait sentir. Sans lui, elle reste froide et inféconde. On ne sait dire lequel des deux rend le plus de services à l'autre. Ce qu'il y a de certain pourtant, c'est que l'artiste enseigne d'une manière plus pénétrante que le savant, et que la physiologie d'un clinicien, vous saisissant tout entier, peut défier l'esprit d'oublier jamais ses leçons.

L'art, à sa plus haute puissance, se confond avec le génie; c'est lui qui recule les horizons, découvre et montre des voies nouvelles. Le talent représente plutôt la science; il réglemente l'art ou le génie, le plie aux méthodes et le rend didactique.

Voilà l'idéal qui s'étend toujours devant nos efforts, parce que le vrai est infini.

Réalisons donc, autant qu'il est en nous, l'union de la science et de l'art; et, pour ce qui nous regarde dans cet ouvrage, l'influence réciproque de la physiologie et de la thérapeutique.

Une partie des changements et des additions qui distinguent cette huitième édition de la précédente se rapportent à cet objet. Les progrès de la physiologie et de la pathologie expérimentales nous en ont fait un devoir. Les autres augmentations importantes que comporte

cette édition sont formées des acquisitions que la matière médicale et la thérapeutique ont faites depuis quelques années.

Voici les médicaments dont l'action physiologique, mieux connue d'après les travaux modernes, a été revue et augmentée :

Parmi les substances médicinales qui agissent spécialement sur la nutrition et la sanguification : les préparations de fer, de mercure, d'arsenic et d'argent.

Parmi celles qui agissent plus spécialement : 1° sur l'innervation centrale : l'opium et ses nouveaux alcaloïdes ; les anesthésiques, le protoxyde d'azote, la quinine, l'alcool ; l'électricité : emploi des courants continus, le massage ; 2° sur l'innervation des diverses parties de l'appareil circulatoire : la digitale, les antimoniaux ; enfin, le bromure de potassium, dont l'action est mixte et se partage entre plusieurs effets sur le système nerveux, dont il modère les sympathies et les phénomènes réflexes.

La précédente édition ne contenait pas l'histoire du curare et de la fève de Calabar. Ces substances, ayant pris rang dans la matière médicale, ont dû entrer dans cette huitième édition.

Nous avons dû nous occuper aussi de deux questions importantes : l'une, de thérapeutique générale, l'antagonisme des médicaments ; l'autre, d'application pratique, l'emploi des médicaments par la voie des injections sous-cutanées.

On a ajouté aux articles *Cubèbe* et *Noix de muscade* d'utiles considérations pratiques. Les médecins trouveront de plus, dans cette huitième édition, un compendium sur les eaux minérales.

La matière médicale a été corrigée et refondue d'après les indications du nouveau Codex et l'Officine Dorvault. Cette révision est due aux soins savants et précis de M. Delpech, un de nos pharmaciens les plus distingués, membre et trésorier de la Société de thérapeutique.

Ces additions, à quelque ordre de matières qu'elles appartiennent, n'ont en rien changé le plan primitif, ni surtout l'esprit général de notre Traité. Nous ne le ferions plus aujourd'hui comme il y a trente ans ; mais, si l'on doit revoir et mettre au courant une œuvre de ce genre, on ne la recommence pas.

Nous sommes jaloux, au contraire, de conserver au *Traité de Thérapeutique* le caractère de son origine et le cachet de son temps. Il a été fait avec foi et amour. Que cette marque lui reste jusqu'au terme de sa destinée.

C'est parce que nous étions sûrs que ce vœu serait compris et respecté par M. le docteur Constantin Paul, professeur agrégé de

l'Ecole de médecine de Paris (et, depuis que cette préface a été écrite, médecin des hôpitaux), que nous lui avons confié la révision de cette huitième édition. Il s'en est acquitté sous nos yeux avec une intelligence et un soin que nous sommes heureux de reconnaître ici.

TROUSSEAU et PIDOUX.

Paris, le 25 mai 1867.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la valeur des cautérisations dans le traitement des affections diphthériques ;

Par le docteur F. BRICHETEAU.

La cautérisation occupe encore une grande place dans la thérapeutique de l'angine couenneuse et du croup ; dès le début, c'est à cette méthode que le médecin a recours, il y revient fréquemment, la pratique plusieurs fois par jour, et lorsque, malgré ses efforts, il voit les produits diphthériques se propager aux voies aériennes et faire périr les enfants d'asphyxie, il est tenté de s'accuser de ne pas avoir fait des cautérisations ni assez vigoureuses, ni assez fréquentes. Or, quel effet produisent les caustiques sur les fausses membranes, sur les produits diphthériques ? Quelle est la valeur thérapeutique de la cautérisation dans le traitement de ces affections et particulièrement de l'angine couenneuse et du croup ? Telles sont les questions que nous allons examiner.

Action des caustiques sur les exsudats diphthériques. — La cautérisation pratiquée même avec les caustiques les plus énergiques, l'acide chlorhydrique, par exemple, ne détruit pas immédiatement sur place les fausses membranes diphthériques ; leur consistance est si grande, leur ténacité et leur adhérence si fortes, que certains médecins ont recommandé la pratique suivante : cautériser d'abord vigoureusement l'arrière-gorge, nettoyer avec des pinces ou un pinceau les parties cautérisées et appliquer de nouveau le caustique sur la muqueuse, libre maintenant de ses fausses membranes. Mais il arrive souvent que les fausses membranes restent adhérentes à la muqueuse, noircies et racornies à leur face externe, ou bien il y a deux couches superposées de fausses membranes ; la plus ancienne se détache seule et la plus récente persiste. Enfin, cette pratique, que nous trouvons bonne et que nous recommanderions si nous croyions à l'efficacité de la cau-

térisation, n'est pas toujours facile à effectuer. Certains enfants opposent à cette opération une résistance énergique qu'on ne peut vaincre qu'avec le secours d'aides calmes et résolus, et on sait que les parents ne réunissent que rarement ces deux conditions, auprès du lit de leurs enfants malades. Dans les hôpitaux d'enfants, les petits malades, quelque indisciplinés qu'ils aient été dans leur famille, deviennent promptement soumis : le changement de milieu des personnes qui les entourent suffit pour les faire céder; mais, dans la pratique civile, que de fois le médecin renonce aux cautérisations pour éviter les crises que cette petite opération, bien inoffensive par elle-même, provoque non-seulement chez l'enfant, mais encore chez les parents !

Dans l'état actuel de la science, il n'existe aucun réactif chimique qui puisse dissoudre en quelques minutes les couennes de l'angine et du croup. Des expériences nombreuses ont été faites sur ce sujet, tous les agents chimiques ont été tentés, depuis les acides chlorhydrique et acétique jusqu'à la pepsine, depuis les solutions alcalines jusqu'aux remèdes empiriques les plus bizarres, et les résultats ont été unanimes : il a toujours fallu une macération prolongée pour obtenir une dissociation des fausses membranes, ce qui s'explique par leur composition essentiellement fibrineuse.

Admettons même, pour un instant, que l'on pourra découvrir un liquide quelconque, inoffensif, doué de la propriété de dissoudre les fausses membranes par une simple action topique, aurons-nous trouvé le spécifique de la diphthérie ? Non certes. C'est qu'il ne suffit pas pour obtenir la guérison de détruire les exsudats déjà formés, il faudrait pouvoir s'opposer à leur reproduction et surtout à leur extension, chose malheureusement impossible. Ce n'est pas avec une médication topique que l'on peut espérer de prévenir le dépôt de fausses membranes à la surface des muqueuses. C'est que la diphthérie n'est pas une maladie locale, c'est une maladie générale, dans toute l'acception du mot, de la grande classe des pyrexies, ou, si l'on aime mieux, des poisons morbides, épidémique et contagieux. En vertu d'une altération spéciale du sang que nous ne connaissons pas, mais qui apparaît manifestement dans certaines autopsies de diphthérie maligne, la fibrine du sang vient se déposer à la surface de la muqueuse respiratoire qui en est surtout le lieu d'élection. C'est cette lésion primitive du sang qu'il faudrait connaître pour la combattre, et contre laquelle seront toujours impuissants tous les caustiques et les médications topiques. Le grand danger de la diphthérie ne réside pas seulement dans

ses localisations diverses, mais dans leur dissémination, leur étendue, et surtout dans l'intensité des phénomènes généraux. La forme la plus grave, la diphthérie infectieuse, dans laquelle les enfants meurent sidérés sans aucune asphyxie, ne se traduit souvent que par l'apparition de quelques exsudats peu étendus. En veut-on une autre preuve ? Quand l'exsudat diphthérique en amenant l'asphyxie a nécessité l'opération de la trachéotomie, une fois l'enfant sauvé d'un danger imminent, on ne s'occupe plus de détruire ces fausses membranes que tout à l'heure encore on poursuivait avec acharnement, sans songer qu'on ne pouvait les atteindre à leurs dernières limites ; on les laisse suivre leur évolution, qui aboutit fatalement à leur disparition, et on ne redoute plus que les lésions pulmonaires, si fréquentes dans cette terrible maladie.

Cette opinion est nettement formulée par les auteurs du récent article *Angine couenneuse* du *Nouveau dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, MM. Roger et Peter, qui s'expriment ainsi :

« Nous nous sommes fréquemment servis de soude caustique, plutôt en vue de dissoudre les concrétions diphthériques, que de cautériser la membrane muqueuse. Cette médication avait pour point de départ des expériences faites par l'un de nous à l'hôpital des enfants avec Réveil. En plongeant des fausses membranes diphthériques dans des solutions de caustiques différents, nous vîmes que celui qui dissolvait le mieux et plus vite ces fausses membranes était la soude caustique. Des essais tentés par nous, il résulte qu'on peut l'employer à doses variables, et Réveil, l'associant à la glycérine dans la proportion de 6 jusqu'à 50 pour 100, en avait composé plusieurs caustiques de force différente ; la proportion de 25 pour 100 nous a paru la plus convenable. (Il est bon que le malade, après la cautérisation, se rince la bouche avec de l'eau vinaigrée.) Dans plus de cinquante cas d'angine diphthérique où nous touchions la gorge avec ce caustique de glycérine et de soude, l'effet immédiat paraissait vraiment merveilleux : un attouchement de quelques secondes avec un pinceau dissolvait presque complétement la fausse membrane, et du sang sourdait de la membrane muqueuse débarrassée du produit morbide. La douleur, modérément vive, qui résultait de la cautérisation, cessait après cinq à dix minutes, mais malheureusement les fausses membranes reparaissaient au bout d'une période de six à douze heures, de sorte que, lorsque après deux ou quatre jours de cette cautérisation, les fausses membranes ne se renouvelaient plus (et le fait n'avait lieu que dans un nombre de cas restreint), il était impossible à tout

médecin de bonne foi de savoir précisément s'il avait eu le pouvoir d'arrêter la maladie, ou s'il s'était trouvé en présence d'une angine diphthérique non progressive. C'est qu'en effet, la soude n'est qu'un modificateur local qui dissout la fausse membrane, tandis qu'il faudrait trouver un modificateur général qui l'empêchât de se produire. On a cherché, mais en vain jusqu'ici, ce modificateur général. »

Ainsi, le raisonnement, basé sur les faits et l'expérience, montre que les cautérisations ne peuvent rien sur les exsudats fibrineux de la diphthérie, tout au plus hâter leur chute, sans prévenir leur réapparition; il est donc inutile de les employer. Mais il y a plus, elles peuvent être nuisibles, et elles présentent de graves inconvénients [1].

Faisons d'abord une distinction : Nombreux sont les caustiques qui ont été employés dans le traitement de la diphthérie, et on peut les diviser en deux classes : les caustiques escharotiques et les caustiques faibles.

La première classe comprend l'acide chlorhydrique, l'acide sulfurique, l'acide nitrique et le fer rouge. Le premier seul mérite d'attirer notre attention, car Bretonneau l'avait beaucoup vanté.

---

[1] Un de nos confrères de province, le docteur Rouxeau, s'exprimait ainsi tout récemment à une réunion de la Société de médecine de l'Ouest :

Voici les résultats d'une expérience de vingt-deux ans et d'études consciencieuses sur une maladie qui fait souvent le désespoir du médecin et toujours la terreur des familles.

1° Toutes les fois que l'affection diphthéritique a manifesté une tendance évidente à se propager vers le larynx ; quand surtout elle a débuté par cet organe, ainsi que j'en ai vu quelques cas bien constatés, les cautérisations n'ont produit absolument aucun effet avantageux. Tous mes malades sont morts, excepté trois (trois en vingt-deux ans !), sans que je puisse expliquer cette exception. Deux d'entre eux étaient dans des conditions hygiéniques déplorables, plongés dans une affreuse misère : les cautérisations avaient été immédiatement abandonnées, grâce à leur indocilité. — Ces derniers ont guéri peut-être parce que je ne les ai pas tourmentés par une médication exténuante. — Le premier s'est rétabli, peut-être à cause d'un traitement mercuriel largement administré, peut-être en dépit de ce traitement : à cette époque, bien des médecins voyaient encore dans la diphthérite le résultat d'une phlegmasie suraiguë.

2° Lorsque l'angine couenneuse est restée cantonnée dans le pharynx, elle s'est *toujours* terminée par la guérison, sauf chez une jeune fille de cinq ans environ, morte d'une hémiplégie survenue brusquement pendant la convalescence. — Plus je réfléchis à ces faits, qui sont fort nombreux (je n'ai pas eu le temps nécessaire pour des recherches qui m'auraient permis d'en fixer positivement le chiffre), plus je compare mes souvenirs, et moins je puis faire à la cautérisation l'honneur de ces guérisons.

Bien avant lui, Marteau de Grandvilliers s'en était servi avec succès contre les maux de gorge gangréneux et Van Swieten l'avait recommandé.

Mais l'acide chlorhydrique a l'inconvénient de produire des eschares lorsqu'il touche les parties saines, et l'on sait combien il est difficile de limiter l'action du caustique aux fausses membranes situées profondément dans l'arrière-gorge. Il n'est nul besoin d'agir directement sur la muqueuse, car le fait qui domine dans les affections diphthériques, c'est l'intégrité de la muqueuse qui recouvre la fausse membrane. La membrane muqueuse n'est altérée dans aucun de ses éléments; sauf l'épithélium, elle n'est modifiée que dans sa vascularisation; il n'y a point de sécrétion anormale, comme le croyaient les anciens, la fibrine du sang altéré vient seulement se déposer à la surface de la muqueuse.

Le premier effet de cet acide sur une muqueuse saine est de développer une inflammation couenneuse. Un premier attouchement superficiel blanchit l'épithélium, qui se détache et se renouvelle sans qu'il y ait érosion; mais si l'application du liquide est réitérée à de courts intervalles, elle produit une ulcération qui se couvre d'une concrétion blanchâtre et tarde plus ou moins à se cicatriser. On conçoit donc que cette cautérisation soit très-douloureuse, et elle peut même exposer à des mésaventures assez pénibles, comme celle qui arriva à MM. Blache et Trousseau : l'enfant qu'ils cautérisaient à l'acide chlorhydrique ferma violemment la bouche sur le pinceau, et le tint pendant quelque temps convulsivement serré entre ses dents. De sorte qu'il en résulta une brûlure profonde et étendue de toute la bouche. Quelques auteurs, Guyet, entre autres, ont publié des observations de mort subite par spasme du larynx, à la suite de ces cautérisations. La douleur vive provoque, en effet, une excitation violente, des efforts énergiques, et épuise ainsi les ressources de l'organisme. Nous pouvons citer à cet appui l'exemple d'un de nos malheureux collègues d'internat, qui a témoigné avant sa mort des tortures que lui avait infligées cette médication.

Nous repoussons de toutes nos forces l'emploi de l'acide chlorhydrique et nous devons dire que nous ne l'avons jamais vu prescrire à l'hôpital des Enfants.

Les caustiques moins énergiques, et conséquemment moins douloureux, n'offrent pas le même danger; aussi ont-ils été plus généralement adoptés; tels sont le nitrate d'argent, la teinture d'iode et le perchlorure de fer, et cependant cette pratique, à nos yeux, a un grand inconvénient. Pour qu'elle réussisse, il faut

qu'elle soit répétée souvent, et chaque cautérisation de l'arrière-gorge, surtout chez les enfants qui résistent et chez lesquels il faut déployer beaucoup de force, laisse après elle un dégoût insurmontable pour les aliments, dégoût accompagné d'une véritable douleur dans la déglutition ; aussi voit-on certains enfants repousser absolument toute nourriture, et rien n'est plus funeste aux petits malades. Trousseau insistait beaucoup sur le refus des aliments, comme un signe pronostique très-défavorable.

Les caustiques n'ayant aucune prise sur la maladie générale, la diphthérie, et leur action locale sur ses manifestations étant très-limitée, sans être complétement inoffensive, la conclusion suivante s'en déduit naturellement. Les caustiques doivent être exclus du traitement des affections diphthériques. Telle-est, en effet, la voie dans laquelle nous paraît engagée la thérapeutique actuelle de la diphthérie, que nous pouvons résumer de la façon suivante :

Traiter exclusivement les manifestations locales diphthériques par la médication topique employée sous toutes les formes les plus variées : solide, liquide et gazeuze. Favoriser l'expulsion des exsudats fibrineux par la médication vomitive, et surtout combattre l'intoxication générale, par une médication tonique et parfois stimulante.

Nous ne saurions trop insister sur l'emploi de la médication topique astringente, quel que soit l'agent employé : alun, tannin, nitrate d'argent pulvérisé, etc. Elle n'est nullement douloureuse, ce qui permet de la répéter plusieurs fois par jour, toutes les deux heures, par exemple, comme cela se pratique avec les insufflations de tannin et d'alun.

Les injections et les irrigations auraient une grande importance, si elles pouvaient être pratiquées facilement chez les enfants, mais il n'en est pas ainsi. Il faut que les malades se prêtent à la manœuvre et peu d'enfants le font ; aussi est-il préférable de projeter directement par insufflation sur les muqueuses pharyngée et laryngée les topiques pulvérulents qui, vu leur ténuité, pénètrent dans les moindres anfractuosités et peuvent modifier l'exsudat si elles l'atteignent dès son début.

La pulvérisation trouve ici son indication, et il serait bon de tenter l'essai de l'eau de chaux pulvérisée, puisqu'une solution saturée de chaux a la propriété d'opérer en quelques minutes la dissociation et la disparition presque complète des lambeaux de fausses membranes placés dans un verre. De même, le séjour dans une atmosphère humide produite par le vaporarium, tel que

nous l'avons décrit dans une des dernières livraisons [1], conviendra parfaitement aux enfants atteints d'angine couenneuse et de croup. Une des observations des médecins de Reims le prouve suffisamment, et depuis longtemps déjà, après la trachéotomie, il est recommandé d'entourer le lit des opérés de vases remplis d'eau chaude aromatisée, afin que les vapeurs humides respirées par les enfants aident au détachement et, par suite, au rejet des fausses membranes.

Si, en effet, on considère que les exsudats diphthériques affectent presque exclusivement la muqueuse respiratoire, la nature infectieuse et contagieuse de cette maladie étant admise, n'y a-t-il pas lieu de se demander si ce n'est pas par cette voie que se fait l'absorption du miasme contagieux, et quoi de plus naturel que de chercher à modifier les conditions respiratoires des malades, bien qu'il soit déjà tard?

Il y a, dans cet ordre d'idées, des recherches intéressantes à poursuivre, et peut-être trouvera-t-on dans la pratique des inhalations un moyen efficace de combattre le poison diphthérique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Nouvelle note sur l'action thérapeutique de l'iodoforme dans le traitement du cancer ulcéré de l'utérus [2];

Par G. VOELKER.

Il y a quelques mois à peine, dans un travail qui a été inséré dans ce même *Bulletin de Thérapeutique*, M. Demarquay faisait appel à l'observation clinique pour élucider la question de l'*iodoforme* dans le traitement du cancer de l'utérus. Malgré le témoignage d'expériences positives et soigneusement suivies, il ne fut pas permis alors de se prononcer sans retour sur l'efficacité de cet agent. Il fallait de nouveaux faits à l'appui. Voici donc une observation à ajouter aux premières ; elle décidéra sans doute les cliniciens à faire de nouvelles recherches sur cet intéressant sujet :

OBS. *Cancer ulcéré de l'utérus. Iodoforme. Mort.* — X***, âgée de cinquante-neuf ans, veuve, sans profession, entre le 10 juillet

---

(1) Livraison de juillet 1867.

(2) Ce travail a été fait avec des observations recueillies à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay.

1867, à la Maison municipale de santé, où elle est placée au nº 10 du deuxième étage.

Très-régulièrement menstruée à treize ans et demi, elle n'a eu, dans son enfance, que la rougeole, et elle est arrivée, sans autre accident, jusqu'à l'âge de sa première grossesse, à vingt-deux ans, époque à laquelle elle a dû garder le lit pendant dix-huit jours, à cause de quelques douleurs hypogastriques survenues après l'accouchement.

Six nouvelles grossesses sont arrivées à bon terme et n'ont nullement altéré la santé de cette dame; elle avait allaité deux de ses enfants, et les cinq autres (quatre filles et un garçon) avaient été placés en nourrice. Depuis ce moment jusqu'à l'époque de la ménopause, survenue à cinquante-deux ans, l'état de santé de Mme X*** a été excellent, à part de grands ennuis, de vives douleurs morales.

Il y a deux ans et demi, Mme X*** a commencé à ressentir des troubles gastriques, de l'inappétence, de la diarrhée alternant avec de la constipation; de l'insomnie : sous l'influence d'une diète lactée, ces symptômes ont disparu; mais ils ont fait place à d'autres du côté de la région hypogastrique. A des envies fréquentes d'uriner ont succédé des rétentions d'urine qui ont persisté pendant vingt-quatre et même trente-six heures. Des douleurs sourdes et profondes ont troublé son sommeil; les mouvements de flexion du corps sur le bassin sont devenus difficiles et pénibles; les douleurs de reins ont apparu comme aux époques terminales des grossesses de Mme X***. Enfin, après une journée de fatigue, cette dame a vu survenir une hémorrhagie par le vagin, ayant fourni à peu près un demi-verre ordinaire de sang, au dire de la malade. A cet ensemble de symptômes se sont joints les troubles digestifs qui avaient paru tout d'abord; des phénomènes nerveux, des états de malaise général ont aggravé la situation de Mme X*** et elle s'est alors décidée à demander des secours à la chirurgie.

Un premier examen au spéculum ayant fait découvrir la présence d'un corps polypiforme faisant saillie à l'orifice externe du col utérin entr'ouvert, on procéda immédiatement à l'extirpation de ce produit. A l'aide d'une pince de Museux, on saisit la partie saillante de la tumeur, qui est grosse comme une aveline et, par une légère traction, il devint facile de placer un écraseur linéaire qui, en une minute, projeta au dehors la production morbide. Celle-ci, incisée, se présente à l'œil sous l'apparence d'un produit de mauvaise nature; sa section est rouge et vasculaire en un point, blanche pâle et comme lardacée en un autre. A dater de ce moment, les hémorrhagies, qui jusqu'alors s'étaient cinq fois reproduites, disparurent sans retour et il ne resta plus que les phénomènes douloureux du côté des reins et les troubles des voies digestives.

Au moment de l'entrée de la malade à la maison de santé, elle est pâle, chétive, amaigrie; le corps porte l'empreinte de la souffrance; la physionomie est blême. Les yeux excavés, les joues creuses, les narines dilatées indiquent assez de quelle intensité et de quelle durée sont les douleurs accusées par cette malade. Elle signale des hémorrhagies par le vagin qui, dit-elle, la fatiguent

beaucoup, qui n'ont pas reparu, il est vrai, depuis quinze jours, mais dont on retrouve la preuve dans la pâleur du corps. Le toucher vaginal fait apprécier une tumeur douloureuse, bosselée, molle, pulpeuse, saignant au moindre contact, mais ne déterminant pas un grand écoulement de sang. Le vagin paraît raccourci; l'introduction du spéculum, pénible d'ailleurs, laisse voir une surface saignante, rouge, parsemée de points blancs, qui ne sont autres que de petites quantités de pus ou de muco-pus; il y a une leucorrhée assez intense; les douleurs de reins sont vives; il y a dysurie, constipation légère, un peu d'œdème des membres inférieurs et de la vulve; enfin, un amaigrissement assez marqué indique le degré d'altération fonctionnelle dont cette malade est atteinte. (Tisane de gomme, bain tous les deux jours. Vin de Bordeaux, 250 grammes.)

15 juillet. La malade ne se trouve pas mieux; les douleurs sont aussi vives qu'au début, surtout à la région lombaire; écoulement de liquide roussâtre par la vulve; insomnie, inappétence, faiblesse considérable. (Même prescription, suppositoire vaginal composé de beurre de cacao, 10 grammes; iodoforme, 50 centigrammes.)

18 juillet. Depuis trois jours le même pansement est mis en pratique, mais on ne constate pas d'amélioration. L'introduction du suppositoire, qui est dur et volumineux, cause une certaine douleur et développe une odeur désagréable au sens de la malade. On reprend donc le régime précédent en y ajoutant un julep gommeux morphiné.

30 juillet. Ballonnement du ventre; indigestions fréquentes, malaise général, douleurs très-vives; dégoût de la vie. (Suppositoire iodoformé, qu'on introduit très-profondément dans une cavité de la tumeur cancéreuse; pas de julep.)

2 août. La malade a dormi; elle se sent mieux; les douleurs sont calmées comme par enchantement, dit-elle. Elle prie de ne pas oublier le suppositoire.

5 août. L'appétit est revenu, et avec lui ont disparu la constipation, le ballonnement du ventre; le toucher n'est plus douloureux; la région lombaire seule est encore le siége de quelques douleurs vagues qui ne tourmentent pas trop la malade. Elle réclame à grands cris le suppositoire vaginal.

18 août. A dater du 5 août, la malade a tous les deux jours reçu son suppositoire. L'odeur de ce médicament, qui primitivement lui avait paru désagréable, ne lui fait plus refuser ce pansement; elle s'en trouve on ne peut mieux, dit-elle; et, en effet, son facies exprime la quiétude, le calme, l'absence de souffrance. Les fonctions digestives sont rétablies: elle mange et boit de bon appétit; le sommeil est réparateur; le météorisme n'a plus reparu. En ce moment elle se demande si réellement elle est malade... et cependant, à part une diminution dans l'abondance de l'écoulement vaginal et l'absence d'odeur fétide de cette exsudation, la tumeur n'a pas changé de volume; on croirait même qu'elle a augmenté. (Même régime, même pansement.)

15 septembre. Le bien-être se continue; l'état général est bon;

les joues se remplissent, la maigreur disparaît, la douleur s'efface. La faiblesse seule augmente en rapport avec le développement de la tumeur cancéreuse qui a fait de grands progrès.

12 octobre. Depuis quelques jours, l'état de faiblesse était extrême ; la malade n'a pas conscience de son état, bien que son intelligence soit parfaitement intacte et qu'elle puisse bien observer tout ce qui se passe. Elle fait des projets pour l'avenir. Mais l'œdème a envahi le corps et la face ; il est survenu un peu de diarrhée ; l'appétit est bon, mais faible. Elle espère en l'iodoforme, le réclame, embrasse les mains du chirurgien, *son sauveur*, et se sent tout heureuse d'être entrée à la maison de santé.

16 octobre. Après quelques jours de faiblesse extrême, la malade s'éteint et meurt sans douleur, sans se douter, quelques instants avant la mort, de l'issue fatale et prochaine de sa maladie.

Pas d'autopsie.

A l'observation résumée qu'on vient de lire, nous pouvons en ajouter une autre dans laquelle les résultats n'ont pas été aussi heureux. Mais la malade, encore à la maison de santé d'ailleurs, et fort intelligente, du reste, semble avoir un culte particulier pour la morphine, dont elle dit retirer les meilleurs résultats. Les applications iodoformées ne lui ont accordé qu'un soulagement momentané, dit-elle, et, après plusieurs essais assez malheureux, elle a réclamé la morphine en injections avec la petite seringue de Pravaz, et a paru s'en trouver mieux. Mais il est bon de dire, pour l'observation, que quelquefois l'injection morphinée a été remplacée par une injection d'eau ordinaire, et que, néanmoins, le bien-être attendu par la malade s'est encore manifesté. Quoi qu'il en soit, nous croyons pouvoir dire que, dans ce cas, l'heure n'est pas encore venue pour l'iodoforme. Quand la période inflammatoire de la surface cancéreuse sera passée, l'iodoforme trouvera encore ici une heureuse application : nous suivrons ce fait et nous le publierons, s'il y a lieu.

Disons encore, puisque l'occasion s'en présente, qu'il vient d'entrer actuellement dans le service chirurgical de la maison de santé une troisième malade, âgée de cinquante-huit ans, et aussi atteinte d'un cancer ulcéré du col depuis deux ans. Cette malade a eu deux enfants, et, après une apparition fort régulière de toutes les époques menstruelles, elle a vu survenir la ménopause sans aucun accident.

Dans ce nouvel état, elle est restée en parfaite santé pendant trois ans, et alors, c'est-à-dire à cinquante-six ans, a débuté sans cause connue le mal qui la conduit en ce moment à la maison de santé. La surface du col utérin, complétement déformée, est saillante, mamelonnée; elle limite une tumeur anguleuse, très-déve-

loppée, molle et qui arrive presque au niveau de la vulve ; le toucher vaginal n'est point trop douloureux et n'amène, immédiatement du moins, aucun écoulement de sang. Par le toucher rectal, on ne trouve pas l'utérus très-développé. Les douleurs spontanées du côté de la matrice ne sont pas très-vives, mais celles de la région lombaire sont excessives : elles empêchent tout sommeil et la malade, déjà débilitée, se trouve exténuée de fatigue. Les fonctions digestives sont irrégulières ; l'appétit est très-variable : il y a tantôt constipation, tantôt diarrhée. On ne constate rien de particulier dans les autres appareils.

Laissée deux jours en expectation, cette malade a vu les symptômes douloureux prendre une plus grande acuïté, et c'est à ce moment que l'application d'un suppositoire vaginal à l'iodoforme a amené une rémission qui permet d'espérer de très-heureux résultats. Nous ne pouvons en dire davantage sur cette malade ; mais son observation sera soigneusement prise et ce sera probablement un nouveau cas de succès à enregistrer.

Voilà trois faits qui, chacun à divers titres, méritent d'être ajoutés à ceux rapportés par M. Demarquay. Dans le premier, nous avons manifestement constaté les heureux résultats consignés par MM. Righini d'Oleggio, Maître et Bouchardat. Dans le second, nous avons rencontré une susceptibilité particulière et presque de la douleur, surtout dans les premiers temps, douleur qui a dû faire suspendre l'emploi de ce précieux médicament.

Nous n'hésitons pas, en effet, à qualifier ainsi une substance qui, jusqu'ici, n'a donné que de très-heureux résultats : le point capital a été d'en bien saisir l'indication, et l'observation présente en est un précieux exemple.

En présence du carcinome de l'utérus, arrivé à un certain point de son développement, la thérapeutique avoue son impuissance, jusqu'ici du moins ; tous les efforts du praticien ne doivent et ne peuvent tendre qu'à amoindrir ou à faire disparaître la douleur dont ces malheureuses femmes sont accablées. Obtenir un tel résultat sans aggraver les autres symptômes, sans fatiguer les fonctions digestives, sans provoquer d'hémorrhagie, etc., c'est déjà un grand point ; et c'est justement le résultat obtenu par l'administration de l'iodoforme.

Ne venons-nous pas de voir, en effet, dans la première observation, que ce médicament procure un état de calme et de repos tel que la malade va et vient sans douleur ? Il entraîne avec lui un état d'indéfinissable bien-être qui, dans l'exemple actuel, s'est traduit

d'une manière frappante par de vives expressions de reconnaissance et de remercîment ; il enfante l'illusion sur la gravité du mal et fait que les malades marchent, sans en avoir conscience, vers le terme fatal, ne soupçonnant pas le moins du monde que la lésion qui les emporte va avoir un terme très-prochain.

Ces nouveaux résultats viennent donc servir à juger la question, et l'iodoforme va bientôt se ranger en premier dans la liste thérapeutique du cancer ulcéré de l'utérus. N'oublions cependant pas qu'au début, c'est-à-dire à ce moment où l'inflammation est plus ou moins liée à la lésion organique, il est nécessaire de pratiquer une abstention à peu près complète de cet agent thérapeutique, dans la plupart des cas du moins. Au déclin, au contraire, alors que les progrès du mal sont rapides, que les désordres sont excessifs, que tous les moyens avortent par conséquent, alors, disons-nous, il y a indication de l'emploi de l'iodoforme ; et alors aussi il y a suppression consécutive de toute douleur, disparition de toute exhalation fétide, de tout trouble fonctionnel; rétablissement de la digestion et de l'état mental des malades.

Malheureusement l'action sédative de l'iodoforme n'est pas de longue durée. La malade que nous avons mentionnée en second lieu nous en offre un exemple; chez elle, l'iodoforme n'a agi que pendant quelques heures, quand il a agi. Mais ici on pourrait alléguer la disposition morale de cette malade qui, convaincue d'avance de l'inefficacité de ce traitement, ne l'a subi qu'avec répugnance et est toujours demeurée persuadée de son manque d'action.

M. Bouchardat, expérimentant sur les plantes et les animaux aquatiques, avait aussi constaté ce fait; et c'est cette observation qui, jointe à celle de la rapidité d'action de l'iodoforme, avait fait dire à cet auteur que ce médicament devrait occuper le premier rang parmi les anesthésiques locaux.

Il serait facile d'obvier à ce léger inconvénient en multipliant les applications iodoformées. Le nombre de ces applications ne saurait être un inconvénient ; nous n'avons, en effet, constaté aucun phénomène nuisible chez les malades qui ont fait usage de cet agent : une légère odeur caractéristique et spéciale à l'iodoforme, mais nullement désagréable, est le seul incident de l'application topique iodoformée. Au reste, pas un des inconvénients de l'opium ne s'observe dans ce cas ; il n'y a point de troubles digestifs, au contraire ; point d'insomnie, point de phénomènes cérébraux témoignant d'un état général mal disposé.

En serait-il de même si, au lieu d'administrer l'iodoforme sous

forme de suppositoire, on le donnait sous la forme liquide en en imprégnant un tampon de charpie, par exemple? L'idée de substituer l'état liquide à l'état solide avait déjà été émise par M. Bouchardat. Il avait pensé qu'une dissolution saturée d'iodoforme dans du chloroforme aurait pu rendre de très-grands services, surtout contre la douleur : malheureusement ce mélange est lui-même très-irritant, et il doit être employé avec beaucoup de réserve.

Cette idée de rendre l'iodoforme sous la forme liquide serait pourtant féconde en applications thérapeutiques; car elle permettrait de l'appliquer sur toutes les surfaces, planes ou anfractueuses, ce que ne peut point faire le suppositoire, forme sous laquelle il a jusqu'à présent été administré. L'ingénieux chirurgien de la maison de santé a été frappé de ce fait, et, à son instigation, M. Lebœuf, interne distingué en pharmacie, a pu préparer une émulsion iodoformée qui paraît devoir remplir ces diverses indications. Déjà en 1850, M. Lebœuf père avait lu à l'Académie des sciences un mémoire à l'effet de démontrer que « toutes les substances insolubles dans l'eau et solubles dans l'alcool peuvent, lorsqu'on ajoute de la saponine à leur soluté alcoolique, se diviser à l'infini dans l'eau et former des émulsions. » Ce fait vient d'être mis à profit par M. Lebœuf fils, et c'est d'après ces idées qu'il a préparé une teinture alcoolique de saponine ainsi formulée :

Teinture alcoolique de quillaya saponaria.

Pr.	Ecorce de quillaya saponaria..........	1 kilogramme.
	Alcool à 90 degrés....................	4 litres.

Chauffez jusqu'à ébullition et filtrez.

Il a ensuite saturé d'iodoforme cette teinture alcoolique; mais l'iodoforme n'est pas très-soluble dans l'alcool, comme le prétendent les auteurs : ainsi, 100 grammes d'alcool à 90 degrés ne dissolvent pas 2 grammes d'iodoforme. Les émulsions ne pourront donc pas contenir une forte proportion de cette substance. Cette teinture a ensuite servi à préparer l'émulsion suivante :

Emulsion d'iodoforme saponiné.

Teinture d'iodoforme saponiné.................	1 partie.
Eau......................................	4 —

Il suffit d'agiter ce mélange pour obtenir une émulsion au cinquième. En ajoutant seulement deux ou trois parties d'eau, on obtiendrait des émulsions au tiers ou au quart. Mais les qualités de l'alcool pourraient alors prévaloir sur celles de l'iodoforme.

Cette émulsion, d'un jaune citrin, rappelant l'odeur de l'iodoforme, est miscible en toute proportion dans l'eau ; elle n'est cependant pas très-stable; car au bout de quelques heures elle se dépose; mais le dépôt, au lieu d'être floconneux, comme cela arrive sans l'intermédiaire de la saponine, est en poussière extrêmement fine, et il suffit d'agiter le mélange pour obtenir de nouveau et immédiatement la suspension des molécules d'iodoforme.

Ce léger inconvénient a néanmoins donné l'idée de remplacer l'eau par la glycérine; et alors on a obtenu une solution parfaite de l'iodoforme. Hâtons-nous de dire que ce phénomène n'est pas dû à la saponine, mais simplement à l'alcool; car la teinture d'iodoforme non saponinée se comporte avec la glycérine de la même manière. En mélangeant donc une partie de teinture d'iodoforme à quatre parties de glycérine, on obtient, après agitation et repos suffisant, un liquide parfaitement limpide et transparent, doué seulement d'une légère teinte ambrée.

Voilà donc actuellement la thérapeutique en possession d'une substance anesthésique dont les formes diverses en rendront l'application et nombreuse et variée. La clinique n'a pas encore eu l'occasion de vérifier l'heureuse influence de l'iodoforme à l'état liquide; mais il est permis d'espérer que l'absorption du médicament se faisant dans de meilleures conditions, ainsi que l'ont établi les expériences de M. Maître, les effets en seront et plus rapides et plus certains. Les surfaces malades pourront être plus directement en rapport avec l'agent modificateur, soit qu'on les imprègne avec un pinceau, soit qu'on les imbibe avec un tampon de charpie, soit enfin que l'on mette en pratique un autre moyen de contact avec la solution iodoformée. Le point essentiel, l'absorption, sera assurée; et alors, que le médicament agisse par ses propriétés antiseptiques, comme l'a assuré Righini, d'Oleggio ; ou qu'il modifie les surfaces par l'iode qu'il contient, comme l'a avancé Morétin, toujours est-il que son action ne se fera pas attendre et que son effet sera certain.

Mais en présence de cette nouvelle forme topique, sera-t-on en droit de craindre davantage les accidents dont a parlé M. Nunn, relatifs à des vomissements et à des phénomènes d'intoxication narcotique ? Il est permis de ne pas prévoir une telle issue. D'abord, la quantité d'iodoforme en dissolution est extrêmement minime, nous venons de le voir ; ensuite, il n'y aura qu'à en modérer l'emploi et à en surveiller l'application, bien entendu : l'étude idiosyncrasique de la malade préviendra toute espèce d'accident. On n'aura donc plus lieu de craindre ces prétendus phénomènes d'excitation

qu'on a invoqués et qu'on a rapportés à l'absorption de ce médicament administré sous forme liquide. Peut-être aussi ces accidents trouvaient-ils leur source dans l'emploi d'une préparation imparfaite de cette solution iodoformée.

Quant à l'odeur infecte et caractéristique exhalée par les malheureuses femmes atteintes de cancer de l'utérus, elle se trouve heureusement influencée par cet agent modificateur ; il lui substitue une odeur éthérée toute spéciale, qui est bien loin d'avoir ce caractère de fétidité que chacun connaît et qui suffit, à lui seul, pour porter un diagnostic presque certain dans une salle de malades où se trouve une cancéreuse.

N'oublions pas de faire constater, comme modification locale, la suppression de cette exsudation mucoso-purulente qui est précisément la source de l'odeur très-prononcée dont nous parlions à l'instant.

Tous ces faits divers avaient été vérifiés par M. Greenhalgh. Mais, de plus, ce praticien a cru pouvoir admettre, jusqu'à un certain point, il est vrai, l'arrêt du développement et de la marche de la maladie. Notre observation ne le prouve malheureusement pas. Une seule circonstance permettrait d'ajouter foi à cette pensée : ce serait l'état d'inconscience des malades sur la gravité de leur mal. L'absence de douleurs locales, la disparition du météorisme si fréquent chez elles, la suppression de l'écoulement vaginal, la diminution des douleurs de reins, etc., etc., les laissent dans une fausse sécurité qui fait croire, au premier abord, à un arrêt dans le développement du cancer. L'expérience n'a, d'ailleurs, pas dit encore son dernier mot ; c'est à elle seule qu'il appartient de juger la question.

Nouvel injecteur urétral destiné à porter une solution médicamenteuse quelconque sur un point déterminé de l'urètre.

M. Félix Guyon, chirurgien de l'hôpital Necker, a présenté à la Société de chirurgie un instrument dont il fait fréquemment usage dans son service. A l'aide de cet instrument très-simple et d'un emploi très-facile, des médicaments variés, astringents, calmants ou caustiques, etc., peuvent être portés à une dose définie sur un point déterminé et limité de l'urètre.

Les explorateurs à boule ordinaires sont utilisés dans ce but ; il suffit, pour les rendre propres à cet usage, d'en perforer l'extrémité olivaire avec une épingle ; il serait facile d'en construire de tout

perforés. D'une manière générale, et pour le dire en passant, M. F. Guyon préfère, comme instruments d'exploration, les explorateurs perforés, qui non-seulement permettent d'examiner l'urètre, mais de reconnaître d'une façon précise que l'on est arrivé au col de la vessie ; l'apparition de l'urine l'indique, en effet, et c'est le seul bon signe.

Quoi qu'il en soit, le point de l'urètre douloureux, légèrement rétréci, saignant, etc., ayant été reconnu à l'aide d'un explorateur perforé d'un diamètre convenable, un point de repère est indiqué par l'ongle appliqué au niveau du méat urinaire.

L'explorateur, retiré de la verge, reçoit alors dans son canal central une canule d'or ou d'argent, absolument analogue à celle qui sert à injecter le perchlorure de fer dans les anévrysmes, mais beaucoup plus longue. Cette canule doit, en effet, avoir la longueur de l'explorateur, dans lequel elle fait l'office de mandrin creux. Ces canules sont un peu plus courtes que les explorateurs du commerce, afin que l'on puisse, en reséquant l'extrémité externe de l'explorateur, l'accommoder exactement à la longueur de la canule.

La canule est alors vissée sur la seringue de Pravaz, à laquelle elle doit s'adapter. Le liquide médicamenteux choisi a été à l'avance introduit dans la seringue, trois demi-tours de vis amorcent l'instrument, et chaque demi-tour de vis fait alors apparaître à l'extrémité de l'olive une goutte du liquide médicamenteux.

On comprend dès lors l'usage de cet instrument : l'olive est introduite dans l'urètre, conduite à la profondeur déterminée à l'avance et légèrement appuyée sur la partie que l'on veut panser; la vis est alors mise en jeu, et chaque demi-tour fait tomber dans l'urètre une goutte de la solution médicamenteuse.

Si l'on veut atteindre les parties profondes de l'urètre, il faut courber la canule, comme on le fait quand on se sert d'un mandrin pour faire le cathétérisme avec une sonde flexible. Il est nécessaire de bien tendre la verge sur la sonde et d'attendre quelques instants avant de retirer l'instrument. Cette précaution est surtout indispensable alors que l'on emploie des solutions caustiques dont on désire exactement limiter l'action.

Cet instrument n'a encore été employé que pour l'urètre, mais il est évident qu'il peut être utilisé pour porter dans l'utérus des solutions médicamenteuses ou caustiques. On peut, dans ce but, se servir d'un explorateur à olive très-fine, qui franchira aisément l'orifice interne, et comme il n'y a pas de propulsion vive du liquide, qui ne peut tomber que goutte à goutte dans l'utérus, la

crainte du passage du liquide à travers les trompes, très-fondée pour les injections faites avec propulsion par jet, ne peut exister dans ce cas.

Les solutions médicamenteuses le plus ordinairement mises en usage par l'auteur sont celles de nitrate d'argent, de chlorhydrate de morphine, d'extrait de belladone.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur les incompatibilités du perchlorure de fer.

Nous recevons d'un de nos plus distingués confrères de province la lettre suivante :

Très-honoré confrère,

Un pharmacologiste distingué de Paris, déjà connu par des recherches sur une préparation officinale du perchlorure de fer, a publié en 1863, dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, un article fort intéressant sur les incompatibilités pharmaceutiques de ce médicament et sur son meilleur mode d'emploi. Parmi les substances incompatibles assez nombreuses dont il parle, on y voit rangé, entre autres, le sucre.

Plein de confiance dans les lumières de votre savant collaborateur, je me suis conformé jusqu'ici strictement, je dois le dire, à ses préceptes, et je n'ai cessé dans les divers cas où son usage m'a paru indiqué au dedans, cas que tout le monde connaît et qu'il est inutile de rappeler, je n'ai cessé, dis-je, d'administrer ce précieux agent dans de l'eau simple contenue dans un verre, en évitant de me servir de cuillers d'argent, de fer ou d'étain, craignant d'en opérer la décomposition et de n'avoir plus entre les mains qu'un remède infidèle ou insignifiant.

Or, voici que, depuis peu de temps surtout, à mesure que l'emploi du perchlorure s'accroît et s'étend de plus en plus, à mesure qu'on en constate les effets heureux et puissants dans beaucoup d'états pathologiques, voici que la plupart des journaux de médecine enregistrent fréquemment dans leurs colonnes des notices où l'on remarque ce médicament associé au sucre. A chaque instant aussi je vois autour de moi mes confrères adopter, mettre en usage ces formules, et je suis peut-être le seul ici, malgré la saveur styptique

désagréable du perchlorure, à ne m'être pas départi des règles tracées par M. Adrian.

Ai-je eu tort ou raison ? C'est là précisément le point que je voudrais bien élucider et qui fait l'objet de cette lettre.

M. Burin du Buisson, pharmacien de Lyon d'un haut mérite, auteur de bons travaux sur le perchlorure de fer, a fait connaître diverses formules au nombre desquelles se trouve une potion édulcorée avec du sirop de sucre, et qui est reproduite dans le formulaire des médicaments nouveaux du regrettable Réveil, lequel a soin pourtant d'ajouter que les sirops de perchlorure de fer s'altèrent, se décolorent et se transforment en sirops ferreux, en même temps que le sucre est interverti.

Le nouveau Codex lui-même donne une formule du sirop de perchlorure de fer, mais il est vrai que les auteurs font remarquer, avec justesse, que c'est un médicament inconstant, se transformant vite en proto-chlorure et ne devant servir qu'au moment du besoin.

Quoi qu'il en soit, dans la situation présente, en face d'une divergence aussi grande d'opinions de chimistes éminents, quelle conduite tenir, en d'autres termes, comment administrer le perchlorure de fer à l'intérieur ?

Ce médicament, je le répète, a pris aujourd'hui dans la thérapeutique une place assez large et assez importante pour que les praticiens soucieux de savoir ce qu'ils font et de ne prescrire que des remèdes sûrs, bien éprouvés, aient intérêt, ce me semble, à connaître exactement toutes les substances qui sont incompatibles avec lui et son mode le plus convenable d'administration. Ce n'est qu'à ce compte que la vraie et la bonne médecine peut se faire.

Certes, la pharmacologie moderne a accompli d'immenses, de merveilleux progrès, et elle ne cesse d'en accomplir chaque jour, en donnant aux remèdes les formes les plus ingénieuses et les plus agréables qui en rendent l'ingestion très-facile. Grâces lui en soient rendues !

Mais il ne faut pas, pour cela, comme l'a dit avec beaucoup de sens M. Adrian, que les divers mélanges ou associations avec un médicament en altèrent, en neutralisent ou en amoindrissent même l'action, car, si bon qu'il soit, rien ne le discrédite davantage.

Je vous serai infiniment reconnaissant, très-honoré confrère, d'avoir la bonté de communiquer ces lignes à votre honorable collaborateur et de le prier de vouloir bien me répondre par la voie de votre excellent recueil si répandu, l'assurant d'avance de tous mes remercîments.

Je me plais à espérer que M. Adrian appréciera mon légitime désir, qu'il s'empressera d'y déférer et de rendre aux médecins un service que l'un d'eux réclame, en leur nom, de la science justement estimée.

Veuillez agréer, etc.

Th. Caradec,
Médecin de l'hôpital civil de Brest.

Brest, 19 novembre 1867.

RÉPONSE DE M. ADRIAN.

Nous avons communiqué cette lettre à M. Adrian, qui nous adresse la réponse suivante :

Je remercie M. le docteur Caradec de l'occasion qu'il me donne de revenir sur l'étude des incompatibilités du perchlorure de fer. Je le fais avec d'autant plus d'empressement, que la pratique de la pharmacie me permet de constater tous les jours le mélange de ce précieux médicament avec les substances les plus diverses, qui en atténuent les effets et souvent même en annihilent complétement les propriétés thérapeutiques.

Mais, avant d'exposer les résultats de quelques nouvelles expériences faites dans le but de rechercher s'il est absolument nécessaire de n'employer le perchlorure de fer qu'en dilution dans l'eau distillée, je crois utile de sortir un instant de ce côté de la question et de chercher dans le domaine de la chimie la véritable cause de la facile altérabilité des sels de fer au maximum.

On sait que les métaux forment avec l'oxygène des oxydes qui ont plus ou moins d'affinité pour les acides, et que c'est de cette affinité que dépend la stabilité des sels. On sait aussi que les métaux alcalins engendrent des bases puissantes, tandis que le pouvoir alcalin ou basique diminue lorsqu'on arrive vers les métaux précieux, au point même que certains oxydes métalliques, amenés à leur maximum d'oxydation, peuvent jouer le rôle de véritables acides. Le fer et le manganèse vont nous en donner un exemple : le peroxyde de fer et le bioxyde de manganèse, mis en présence de la potasse et d'un corps oxydant, peuvent donner naissance à des sels que l'on connaît sous le nom de ferrate et de manganate de potasse; mais ces combinaisons sont éphémères, et sous la moindre influence on les voit changer de coloration et subir une prompte altération. Ainsi, le ferrate de potasse ne peut se conserver que dans un mélange réfrigérant, et le manganate de potasse est décomposé par le simple contact du papier ou d'une autre substance organique.

Le perchlorure de fer, par sa composition chimique, se rapproche suffisamment de ces deux sels pour partager en grande partie leurs propriétés. En effet, sous l'influence d'une température de 60 degrés environ, les éléments qui composent la solution chloroferrique se dissocient et la liqueur prend une coloration si intense qu'il ne reste pas de doute sur la modification profonde qui s'est opérée dans la masse. La réduction assez prompte qui se produit en présence d'une lumière trop vive, la séparation des éléments chlore et fer et leur transformation en oxyde de fer et en acide chlorhydrique par le contact des matières organiques, nous paraissent suffire pour démontrer la susceptibilité de cette préparation.

Ces explications préliminaires sur les différentes causes d'altérabilité du perchlorure de fer étant données, nous allons nous efforcer de répondre par des expériences à la question que M. le docteur Caradec a bien voulu nous poser.

Malgré la saveur styptique, désagréable de la solution de perchlorure de fer, faut-il la donner seulement dans l'eau simple, ou peut-on l'ajouter dans une potion sucrée, sans crainte d'en atténuer les effets?

Lorsqu'à 125 grammes d'eau distillée on ajoute 25 gouttes de solution de perchlorure de fer à 30 degrés, la liqueur qu'on obtient est légèrement ambrée, elle se conserve vingt-quatre et même quarante-huit heures sans subir aucune altération. Si, par comparaison, on laisse tomber la même proportion de perchlorure de fer dans une potion composée de 25 grammes de sirop de sucre et 100 grammes d'eau distillée, on voit aussitôt la liqueur prendre une coloration beaucoup plus foncée et, après quelques heures, le cyanoferrite de potassium accuse la réduction du sel de fer. Cette transformation devient plus évidente au bout de douze heures, et après vingt-quatre heures, la plus grande partie du sel ferrique est changée en sel ferreux. D'après cette expérience, il est évident que le sucre fait éprouver au perchlorure de fer une première modification accusée par le changement de couleur ; et la présence du protochlorure de fer au sein des liqueurs donne une preuve bien évidente de l'altération produite.

Si l'on remplace le sirop de sucre par les sirops de guimauve, de tolu, de codéine, de morphine, etc., les phénomènes que nous venons de présenter semblent se produire en un temps plus court. Avec le sirop de gomme, en même temps que la coloration plus foncée et la réduction du sel ferrique en un sel ferreux se produi-

sent, on constate qu'au bout de quelques heures, la liqueur se trouble et devient opaline, action coagulante bien connue des sels de fer sur les dissolutions gommeuses. Avec tous les autres sirops contenant ou du tannin ou un extractif quelconque, comme ceux de ratanhia, de quinquina, d'écorces d'oranges amères, de coings, de grande consoude, etc., la décomposition du perchlorure de fer est encore plus profonde.

Devant ces résultats, nous croyons n'être pas trop affirmatif en disant que la solution de perchlorure de fer ne peut conserver toutes ses propriétés thérapeutiques qu'en l'administrant dans l'eau ordinaire ou, mieux encore, dans l'eau distillée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Résorption d'une cataracte lenticulaire traumatique sous l'influence d'un traitement médical.

Le 29 octobre 1866, le sieur F***, cultivateur à Vaudry (Calvados), venait solliciter mes conseils pour son fils, enfant de neuf ans, dont l'œil droit, par suite d'un accident, avait perdu toute faculté visuelle.

Le 23 septembre 1866, cet enfant était occupé à couper du chanvre avec un couteau pointu, lorsque, par suite d'une résistance brusquement vaincue, la pointe du couteau fut portée avec violence dans l'œil droit, dont il divisa la cornée dans les trois quarts externes de son diamètre transversal.

D'abord on se contenta d'aller chez le pharmacien, qui prescrivit des lotions d'eau de laitue. Puis, deux jours après, des douleurs circum-orbitaires violentes étant survenues, M. le docteur Porquet, praticien distingué de notre localité, fut consulté, et depuis, selon l'avis de cet honorable confrère, les parents se sont bornés à l'usage de lotions d'eau fraîche.

Voici l'état actuel de l'œil : par suite d'une coaptation défectueuse et de la grossièreté de l'instrument tranchant, la cicatrice kératique est opaque et la lèvre inférieure légèrement saillante. La cornée, nuageuse dans toute sa moitié externe, présente, au niveau d'une adhérence de la marge pupillaire de l'iris à la cicatrice, une opacité, résultat de l'infiltration de la section cornéenne par de la lymphe plastique ; cette opacité s'étend dans presque toute l'étendue du champ pupillaire. J'aperçois aussi deux vaisseaux assez volu-

mineux et d'une disposition particulière : l'un suit la marge inférieure de l'iris; l'autre la cicatrice; puis ils se réunissent sur la synéchie antérieure pour aller se perdre dans le cercle ciliaire. L'iris, dans sa portion herniée, présente une couleur bleue terne, sale, et une épaisseur plus considérable qu'ailleurs. La pupille, dilatée par l'atropine, laisse apercevoir une teinte blanc-bleuâtre de tout le fond de l'œil. Le cercle uvéen est développé, excepté vers l'adhérence irienne, et l'ombre portée presque nulle. La sensation de la lumière persiste seule; les douleurs sourcilières ont disparu.

Voici le traitement que je prescrivis : 1° Quatre fois par jour, instillez dans l'œil une goutte du collyre suivant : sulfate neutre d'atropine, 2 centigrammes; eau distillée, 5 grammes; 2° dans les intervalles, faites des lotions avec la solution suivante : eau, 120 grammes; eau distillée de laurier-cerise, 5 grammes; borate de soude, 20 centigrammes; 3° deux fois par semaine, purgez l'enfant avec : décoction de 10 grammes de séné, décoction de café, ãã 10 grammes, sucre, q. s.; 4° promenez autour de l'orbite des vésicatoires volants de la dimension d'une pièce de deux francs; 5° bandeau flottant pour préserver l'œil.

Le 2 novembre, l'opacité de la cornée s'était déjà éclaircie. Le nuage a disparu, les deux vaisseaux ont diminué de volume. L'humeur aqueuse garde sa transparence, et l'opacité cristallinienne ne présente aucune modification. L'enfant distingue à peine le passage de la main. A l'examen ophthalmoscopique, que permet la dilatation de la pupille? rien; le fond de l'œil offre partout une teinte parfaitement uniforme et semblable à celle de l'empois cuit. Mêmes prescriptions.

Le 11 novembre, l'état de la cornée a peu changé. En revanche, les deux vaisseaux sont à peine visibles. Le cercle uvéen se rétrécit; l'ombre portée s'agrandit et l'opacité lenticulaire semble plus profonde, plus bleuâtre. Cette fois, l'ophthalmoscope me fait découvrir, en haut et en dedans, une zone très-étroite dont la transparence me permet d'apercevoir le fond rosé de l'œil. L'ombre de la main seule peut être appréciée. J'annonce aux parents la résorption prochaine de la cataracte. Même traitement.

Le 2 décembre, la taie a disparu au-dessus de la cicatrice; au-dessous, elle persiste dans une étendue de 2 millimètres carrés. La résorption du cristallin a fait des progrès et la zone transparente s'est beaucoup agrandie. Plus de cercle uvéen; ombre portée considérable, excepté vers la synéchie. L'enfant distingue de gros objets. Collyre à l'atropine seul.

Le 16 décembre, la cornée avait repris sa transparence dans toute son étendue, sauf dans les deux tiers externes de la cicatrice, où elle était linéaire. L'iris, dont l'aspect normal était reparu, restait accroché à la cicatrice par une languette mince. De la cataracte il ne reste qu'une opacité blanchâtre, nacrée et comme ridée, qui, adhérente au bord pupillaire de l'iris, au niveau de sa soudure à la cornée, occupe à peine le quart de l'ouverture pupillaire dilatée. L'enfant distingue un livre de messe, un chandelier, un soufflet, un couteau, etc.

Ce n'est que le 15 avril 1867 que je revois le jeune F***. L'exsudation membraneuse s'est un peu éclaircie vers sa portion externe, qui a pris une teinte verdâtre. Située sur un plan profond, loin d'être tendue, elle semble flotter. Le jeune F*** déchiffre avec grande difficulté les lettres du numéro 15 de l'échelle de Jæger. La vue n'a pas été essayée avec des lunettes.

Le 1er novembre dernier, j'ai de nouveau examiné l'œil à l'éclairage naturel, à l'éclairage artificiel et à l'ophthalmoscope; voici ce que j'ai constaté :

L'exsudation membraneuse offre, juste à son adhérence irienne, une teinte d'un blanc argenté, qui aussitôt s'éclaircit et prend insensiblement, vers sa partie interne, la couleur vert de mer. Sa disposition est modifiée; cette membrane est aujourd'hui oblique de dehors en dedans et de bas en haut. Très-tendue, elle paraît fixée, d'autre part, sur la capsule restée transparente. En effet, l'iris, au-dessus de sa synéchie antérieure, présente une dépression très-marquée qui dénonce le tiraillement produit en sens contraires par les synéchies antérieure et postérieure. On continue d'instiller deux fois par semaine une goutte du collyre à l'atropine : la pupille est donc dilatée. Dans les trois quarts supérieurs et internes du champ pupillaire ainsi agrandi, on aperçoit partout, nettement, le fond rouge-orangé de l'œil. L'enfant distingue tous les objets d'une moyenne grosseur et déchiffre des caractères d'une hauteur de 6 millimètres.

Je suis porté à croire, et le grand nombre des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* se rangeront probablement à cette opinion, que la résorption de cette cataracte traumatique a plutôt été l'effet d'une division accidentelle très-étroite de la capsule, que le résultat du traitement médical. Cependant il est bon de remarquer qu'aucun examen attentif n'a permis de constater une lésion capsulaire; que jamais la substance cristallinienne ne fit ni hernie ni irruption dans la chambre antérieure, à travers la capsule, ce qui pourtant

est la marche ordinaire des résorptions par division de la capsule; que toujours l'humeur aqueuse conserva sa transparence; qu'il y a eu résorption et non résolution de l'opacité cristallinienne; et que, par conséquent, il est possible, sinon probable, que cette résorption, qui, contrairement à ce qui se passe en général, a eu lieu dans la capsule elle-même, s'est opérée sous l'influence dérivative du traitement institué.

Quoi qu'il en soit, la manœuvre facile d'un serre-tête suffira maintenant à rendre au jeune F*** l'usage de son œil, et les risques de cette opération sont bien loin d'être comparables à ceux qui résultent de l'opération d'une cataracte.

Veuillez, etc. L. DE LUCÉ (de Vire).

2 novembre 1867.

Abcès par congestion siégeant à la région cervicale chez un goîtreux. Destruction du bronchocèle dégénéré par des cautérisations répétées. Extraction d'une portion de vertèbre nécrosée. Guérison.

Le 29 mars 1867, je parcourais une distance de dix kilomètres pour aller (au hameau des Pourcelles) visiter le nommé Barras, cultivateur, âgé de quarante-deux ans. Cet homme, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution éminemment scrofuleuse, est porteur d'un goître qui occupe le côté droit du cou. Ce bronchocèle commençait à paraître chez lui à l'âge de huit ans, se développait peu à peu pendant cinq années consécutives, et enfin, après avoir acquis une circonférence qui mesurait 43 centimètres, il était frappé d'arrêt dans sa croissance. Cette hypertrophie thyroïdienne n'avait jamais en aucune façon inquiété le sujet, quand, au mois de février 1866, sans cause connue, le matin à son réveil, Barras trouva cette partie tuméfiée, douloureuse, avec rougeur intense des téguments. Le médecin, mandé en cette circonstance, redouta l'apparition d'un érysipèle, une saignée fut pratiquée, et, huit jours après, tout était rentré dans l'ordre. Notre cultivateur avait pu reprendre alors ses travaux champêtres, en y apportant moins de vigueur cependant, et, quoique la région cervicale ne fût plus le siége d'aucune manifestation morbide, l'appétit devenait irrégulier, et il remarquait chez lui un amaigrissement progressif. Huit mois se passent ainsi, lorsque, le 1er novembre, le goître devient de nouveau, avec une irruption soudaine, rouge, douloureux, augmenté de volume. On applique des cataplasmes émollients, et, une semaine passée, cette inflammation se termine par un petit abcès qui s'ouvrait

spontanément et suppurait tout au plus pendant deux septénaires. L'état général du sujet laissait toujours toutefois beaucoup à désirer, ses forces déclinaient sensiblement, et, au bout d'un mois, une nouvelle collection purulente s'étant formée, un coup de lancette venait cette fois donner issue à une assez grande quantité de pus qui, depuis lors, n'a plus cessé de couler. A la fin de janvier 1867, le malade était soumis à un traitement à la fois tonique et dépuratif, et localement des injections de teinture d'iode avaient été conseillées.

Malgré l'emploi de ces moyens, continués avec persévérance pendant deux mois consécutifs, l'état de Barras ne cesse de s'aggraver, et c'est alors qu'il est soumis à mon examen.

L'état général du malade est celui d'un scrofuleux arrivé à la période cachectique; heureusement il y a encore un reste d'appétit, les digestions sont normales, il n'existe ni diarrhée ni vomissements. L'huile de foie de morue, l'iodure de fer, les amers, les viandes rôties, le vin (très-bien supportés par l'estomac qui est dans de bonnes conditions) continueront à former la base du traitement général, qui constamment marchera de pair avec le traitement local dont nous allons maintenant exclusivement nous occuper.

Le goître tout entier est un foyer purulent, et son aspect général est celui d'une énorme tumeur à couleur violacée, dont le centre, percé d'un petit pertuis, laisse échapper un pus abondant assez bien lié. La sonde cannelée s'engage facilement dans cette ouverture et nous révèle un décollement considérable de la peau que j'incise dans toute sa longueur. Je retranche ensuite avec les ciseaux cette espèce de tablier, formé par une peau amincie et luisante. Je découvre alors au second plan trois trajets fistuleux, à l'aide du stylet cannelé que j'introduis à l'entrée d'orifices étroits d'où je viens de voir sortir quelques gouttes de pus. Ces ouvertures fistuleuses diffèrent par leur siége et par la profondeur qu'elles accusent dans le goître. Dans le premier trajet, qui est situé (en allant de gauche à droite) au bord inférieur et externe du goître, la rainure du stylet cannelé disparaît à moitié et dans une direction presque perpendiculaire. Dans le deuxième trajet, qui occupe le milieu à peu près du goître, à la réunion de ses trois quarts inférieurs avec le quart supérieur, la moitié du stylet cannelé disparaît en prenant une direction perpendiculaire, qui devient bientôt oblique de haut en bas dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur. Enfin le troisième trajet siége au bord interne ou trachéal du goître, à une hauteur représentée par la réunion des trois quarts supérieurs

avec le quart inférieur de la tumeur; sa direction, perpendiculaire d'abord, devient oblique de bas en haut, et le stylet cannelé disparaît dans toute la longueur de sa rainure. En comprimant avec les deux mains les faces latérales du foyer, on voit sortir de ces orifices une quantité de pus qu'on peut évaluer approximativement de deux à trois cuillerées. Le malade, mis sur la voie par nos questions, nous assure avoir craché du pus à plusieurs reprises pendant une quinzaine de jours, mais depuis un mois cet accident n'a plus reparu. Jamais il n'a vu mélangé au pus le moindre débris osseux.

Après cette minutieuse exploration, j'avertis Barras que le seul moyen de le débarrasser de cette suppuration, qui le conduit avec une rapidité fatale au tombeau, réside dans des opérations qui auront pour but, en ouvrant largement les trajets fistuleux, de donner une issue facile au pus, de modifier les surfaces sécrétantes et de permettre ainsi à de nouveaux bourgeons charnus d'opérer la cicatrisation. Ce travail sera d'une exécution longue, excessivement dangereuse et d'un résultat douteux. Le patient acceptant néanmoins cette seule chance de salut, le 5 avril 1867 je me mets à l'œuvre.

Je commence par attaquer le premier trajet fistuleux, le plus externe; mais, au lieu d'intervenir avec l'instrument tranchant, j'applique une couche très-épaisse de pâte de Vienne. L'eschare une fois produite, je favorise sa chute par l'emploi de cataplasmes émollients, et, deux jours après, je la détache avec le bistouri. Une nouvelle application de pâte de Vienne est faite séance tenante, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'arrêt du stylet cannelé, qui me sert toujours de guide, m'indique que je suis arrivé au fond du trajet fistuleux. Dès lors, les bourgeons charnus montent avec vigueur, et, un mois après la chute de la dernière eschare, ma première tentative est couronnée de succès.

J'attaque alors le deuxième trajet en procédant absolument de la même façon, et, après cinquante jours, un second résultat favorable est obtenu.

Encouragé par cette double guérison et par la modification heureuse qui survient dans l'état général du malade, à mesure que la quantité de la suppuration diminue, j'entreprends alors le troisième trajet fistuleux, qui se trouvait dans l'espace (rempli de dangers) formé par le sterno-mastoïdien et la trachée. A mesure que j'avance, toujours avec le caustique employé comme dans les deux premiers cas, je ne perçois aucune pulsation de la carotide, et j'arrive encore

au fond de la fistule sans avoir eu la plus insignifiante des hémorrhagies.

Mais cette fois, la dernière eschare détachée, les bourgeons charnus ne poussent pas, et il sort du fond de la plaie une quantité de pus inusitée : c'est que le trajet fistuleux fait un coude qui nous est révélé de nouveau par le stylet cannelé. Un tiers de sa rainure est engagé, et sa pointe est arrêtée par la présence d'une parcelle d'os dénudé. Nous étions alors arrivé au 28 juin. Le patient, qui entrevoyait sa prochaine guérison, son espérance étant fondée sur les phases heureuses qui avaient suivi la destruction des deux premières fistules, eut un moment de désespoir lorsqu'il apprit qu'il y avait une extraction de parcelles osseuses à faire, et, par conséquent, au moins encore une ou deux applications de caustique nécessaires pour atteindre ce but. Il se décida enfin, ébranlé par mes exhortations, et surtout par la terrible certitude de rendre ainsi inutiles toutes les souffrances qu'il avait courageusement supportées. Dix séances furent employées à enlever les esquilles nécrosées, qui formaient non-seulement le fond du trajet que j'avais agrandi, mais qui, pour la plupart, étaient comme incrustées dans les tissus de tout son pourtour. Ces parcelles, au nombre d'une trentaine environ, avaient des figures et des dimensions très-variées : les unes étaient en sphère ou demi-sphère et leur grosseur variait à l'infini, depuis la tête d'une épingle jusqu'à la grosseur d'un pois ; les autres, plates, minces, atteignaient quelques-unes la forme et la dimension d'un petit ongle. Le 4 août, tout était fini, mon petit doigt, introduit dans la dernière brèche que j'avais pratiquée, ne sentait plus aucune aspérité dans le pourtour, et au fond je voyais une surface unie, rouge, formée probablement par les muscles prévertébraux, se couvrir de bourgeons charnus de bon aloi. Le 8 septembre, après un traitement de cinq mois, la cicatrisation était complète, l'état général du sujet était remarquablement satisfaisant, au point qu'il lui était possible de vaquer facilement aux rudes labeurs des champs.

Grâce à l'emploi répété du caustique, il ne reste plus aucune trace du goître ; le cou, qui avait avant la guérison une circonférence de 43 centimètres, ne mesure plus maintenant que 35 centimètres.

Malgré le séquestre de la portion probablement antérieure d'une vertèbre cervicale, jamais Barras n'a présenté la moindre déformation de la colonne vertébrale.

L'ablation du goître est regardée comme une des opérations les plus effrayantes de la chirurgie, à cause du voisinage toujours très-proche des carotides, des jugulaires, des troncs nerveux, de la tra-

chée, le nombre considérable des vaisseaux artériels ou veineux qui parcourent la glande thyroïde; nous pouvons affirmer que dans le cas présent nous n'avons pas eu à pratiquer une seule ligature.

Cette observation est assez extraordinaire pour faire mettre en suspicion sa véracité, aussi nous sommes heureux de pouvoir invoquer à l'appui de nos assertions le témoignage désintéressé de nos très-honorables confrères les docteurs Chaudony d'Oraison, Dauvergne de Manosque, Debout, médecin de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, qui ont constaté tous les trois l'état de notre opéré avant et après sa guérison. Dr CANTEL,

des Mées (Basses-Alpes).

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie, par MM. BEAUNIS et BOUCHARD, médecins-majors, répétiteurs d'anatomie à l'Ecole de santé militaire, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Strasbourg (1).

Le livre que viennent de publier MM. Beaunis et Bouchard a été conçu et exécuté dans un but particulier, celui de résumer sous une forme claire et concise l'anatomie descriptive, et de guider l'élève dans ses dissections à l'amphithéâtre.

En outre, le médecin y trouve l'exposé succinct de nos connaissances en anatomie générale, et dans cette revue rapide les travaux les plus récents n'ont pas été oubliés.

Il ne faut donc pas chercher dans ce livre les nombreux détails qui appartiennent aux grands traités, ni les discussions et les recherches spéciales devant élucider certaines parties controversées de l'anatomie; ce n'est pas non plus une énumération sèche et aride des faits : les auteurs ont su éviter et l'inconvénient que présentent certains traités, où les faits principaux sont en quelque sorte noyés dans les détails, et l'écueil du simple manuel.

L'exécution typographique, qui est irréprochable, nous paraît faciliter l'étude. L'élève peut, en effet, saisir rapidement et d'un seul coup d'œil ce qu'il doit étudier à l'amphithéâtre; les connaissances anatomiques qu'il peut acquérir sans l'aide du scalpel sont imprimées en petits caractères. Un texte plus gros est réservé à l'anatomie descriptive.

En dehors de leurs travaux particuliers, MM. Beaunis et Bouchard

(1) 1 vol in-8°, illustré de 404 figures intercalées dans le texte, chez J.-B. Baillière et fils.

ont puisé à de nombreuses sources, tant pour la description que pour la partie iconographique, et ils l'ont fait avec beaucoup de discernement. Choisissant de préférence les travaux recommandés par leur importance et par le nom de leurs auteurs, ils se les ont pour ainsi dire assimilés et ils les ont fondus dans un travail d'ensemble; c'est ainsi que, sans agrandir le cadre de leur traité, ils ont pu faire profiter le lecteur des recherches modernes en histologie.

De nombreuses figures exécutées avec soin sont intercalées dans le texte; les unes ont été prises par la chambre claire sur leurs préparations, d'autres empruntées à des traités spéciaux; beaucoup de figures schématiques viennent aussi en aide à la description des synoviales, à l'étude du mécanisme des articulations et de la structure des organes.

Dans l'introduction ils exposent les notions d'anatomie générale, et, dans chacun des neuf livres qui suivent, ils traitent des systèmes et des appareils.

L'ostéologie, comme ils l'ont considérée, facilite beaucoup l'étude des muscles, car les insertions de ceux-ci sont indiquées par des lignes noires ponctuées. Dans la description des os de la tête, nous aurions désiré également des figures, au moins pour certains os comme le sphénoïde, l'ethmoïde, et surtout le rocher, dont l'étude est si délicate. Des coupes représentant les cavités de l'oreille, avec la manière de les pratiquer, avaient plus de raison d'être, je crois, que d'autres figurant des os d'une étude aussi simple que facile. Le livre consacré à l'arthrologie est un des plus originaux et des mieux réussis. Le mécanisme des articulations est étudié d'une manière véritablement scientifique, et, malgré les termes techniques de géométrie qu'ils emploient, l'esprit suit facilement et avec satisfaction les explications. Chaque articulation est précédée de son mode de préparation et suivie de l'énumération des muscles qui la font mouvoir, des vaisseaux qui la nourrissent.

Dans la myologie, nous signalerons spécialement les figures qui montrent les aponévroses abdominales, et qui ont pour but de faire comprendre le canal inguinal et le canal crural. MM. Beaunis et Bouchard ont eu raison de passer sous silence les détails inutiles qui rendent souvent obscure cette partie de l'anatomie, et les bandelettes fibreuses dont on a encombré comme à dessein cette région.

L'aponévrologie du cou est brièvement exposée; l'importance de quelques-unes de ses lames dans la circulation veineuse, la part qu'elle prend dans la formation des loges parotidienne et sous-maxillaire nécessitaient quelques détails.

Les muscles de la face sont trop schématiques. Sans doute, il est ainsi plus facile d'en saisir l'ensemble et les usages; mais on ne les trouve pas tels sur le sujet. Un appendice sur les anomalies musculaires termine le livre et est très-bon à consulter.

Une étude du cœur et des artères, en général, dans laquelle sont résumées les recherches nouvelles de MM. Robin et Gimbert, précède la description de ces vaisseaux. Cet article, comme ceux qui sont au commencement de chaque livre, indique bien l'état actuel de la science.

L'étude des veines nous semble un peu écourtée, quoique nous retrouvions à propos du bassin et du périnée les descriptions et les figures de Kobelt, les belles planches de Rouget sur les organes musculaires et érectiles des parties génitales.

Le livre sur le système nerveux est, de même que le précédent, un exposé fidèle de nos connaissances. Sans sortir du cadre qu'ils s'étaient imposé, les auteurs ont analysé les nombreux travaux de Stilling et de Schrœder van der Kolk sur la structure des centres nerveux et l'origine réelle des nerfs. Pour la description de ceux-ci, ils avaient un excellent modèle et ils ne pouvaient mieux faire que de suivre les traces d'Hirchsfeld.

Le livre VI comprend la splanchnologie. Pour la rédaction de cette partie ont été mises à contribution les descriptions des auteurs qui avaient étudié spécialement ces questions; MM. Beaunis et Bouchard ont également emprunté à Bonamy et Beau leurs coupes de la langue, à Luschka ses recherches sur la structure de l'estomac et de l'anus, à Magitot ses études sur les dents, à Cl. Bernard ses préparations du foie et du pancréas.

Les organes des sens forment le livre VII. Enfin, après une étude du corps humain en général, vient l'embryologie, qui forme le livre IX et dernier. Nous retrouvons dans ce sujet les principales qualités des auteurs, la clarté et la concision, et elles sont véritablement indispensables pour une question aussi difficile.

Dans le développement de l'œuf et des organes, Français et Allemands ont payé leur tribut; c'est surtout d'après les travaux de Coste, de Bischof, de Remak, de Kœlliker que l'état de la science sur ce sujet a été exposé.

Avant de terminer cette analyse très-sommaire, je dois me résumer en disant que cet ouvrage est appelé à un grand succès, il remplacera avec avantage les manuels qui sont entre les mains des élèves; ceux-ci trouveront dans la partie descriptive un excellent

guide pour leurs dissections, et dans la partie théorique l'histoire complète de nos connaissances en histologie.

CLINIQUE DE LA VILLE.

ABSORPTION PAR LA PEAU. — IODURE DE POTASSIUM A L'ÉTAT SEC. — IODISME. — Mme J***, âgée de trente-deux ans et mère de quatre enfants, fut prise, il y a deux ans, à la suite de sa dernière couche, d'accidents inflammatoires occupant la région pelvienne. Elle est demeurée presque constamment malade depuis lors, obligée le plus souvent de garder le lit, et souffrant toujours vivement du bas-ventre après la moindre fatigue.

En même temps, des alternatives de diarrhée franchement purulente, accompagnées de phénomènes aigus du côté du pelvis, indiquaient la formation et l'évacuation d'abcès multiples et successifs.

Je fus appelé près de cette personne au mois d'août de cette année (1867), et constatai chez elle l'existence d'un phlegmon pelvien volumineux, occupant, à l'état d'empâtement fixe et induré, toute la partie postérieure de l'utérus et les deux ligaments larges; du côté gauche surtout, l'empâtement débordait en avant jusqu'au voisinage de la vessie. La tumeur n'avait pas une consistance uniforme; mais, dure et peu sensible dans sa plus grande étendue, elle offrait des points, surtout dans le cul-de-sac gauche, où la douleur et un peu plus de mollesse témoignaient de la formation de collections purulentes. — Le col, d'ailleurs, était complétement effacé, son extrémité affleurant le niveau de l'empâtement. Enfin, à plusieurs reprises, je pus constater de véritables évacuations de pus se faisant par le rectum, à intervalles plus ou moins éloignés.

En présence de ces lésions, je prescrivis de petits lavements belladonés, dans le double but de faire cesser les douleurs pelviennes, qui s'exaspéraient fréquemment, et de combattre la constipation, fort rebelle jusqu'à ce moment. J'eus le bonheur d'atteindre ainsi ces deux résultats. Dans le même temps je faisais appliquer sur le ventre des fomentations alcooliques, qui, recouvertes d'une toile gommée, constituent un des plus puissants résolutifs locaux que je connaisse.

Néanmoins, voulant à ce traitement, presque exclusivement topique, joindre l'usage des résolutifs à l'intérieur, je conseillai à la

malade l'usage d'un sirop ioduré, dont elle devait prendre une cuillerée à bouche chaque matin, soit 25 grammes d'iodure de potassium par jour environ.

Mais bientôt les phénomènes de l'iodisme le plus accusé m'empêchèrent de continuer l'usage de cette médication : ce furent un coryza intense avec éternument, écoulement d'une abondante sérosité par les narines, sensation de tension douloureuse vers les sinus frontaux, et mal de gorge que la malade, fort intelligente d'ailleurs, rapporte à l'arrière-narine bien plus qu'au pharynx proprement dit. Ces symptômes avaient à peine duré un jour, qu'il s'y joignait de l'anorexie, une sensation de nausée continuelle, et deux petits vomissements séro-bilieux. En même temps, une petite fièvre s'allumait, caractérisée par l'élévation du pouls et de la température; ces deux phénomènes se présentant avec de manifestes exacerbations.

L'usage de l'iodure de potassium fut supprimé, et en quelques jours la malade reprit son état antérieur, les phénomènes d'iodisme ayant disparu.

Toutefois, comme, malgré ces accidents, l'action du médicament m'avait paru s'être exercée quelque peu, et que la tumeur, sans qu'il y eût eu aucune évacuation, avait diminué de volume et était devenue moins douloureuse, je résolus de tenter si l'iode, administré sous une autre forme, rencontrerait la même intolérance. M. Guéneau de Mussy venait de faire à la Société de thérapeutique une communication d'après laquelle il annonçait avoir eu grandement à se louer de l'administration de l'iode dans la forme suivante :

On prépare une tasse d'eau de riz, et, au moment de la prendre, on y ajoute quelques gouttes de teinture d'iode. Il se forme immédiatement de l'iodure d'amidon qui donne à la liqueur une magnifique teinte bleue. Ainsi employée, la combinaison iodurée agirait comme font en chimie les corps à l'état naissant, c'est-à-dire avec accroissement de leurs affinités; toujours est-il que, par ce procédé, M. Guéneau de Mussy est parvenu à triompher de plusieurs cas de goîtres anciens et rebelles.

Or, chez ma malade, ce moyen fut aussi mal toléré que le précédent, et, après trois jours d'essai, en présence des accidents que j'avais déjà constatés sous l'influence de l'iodure de potassium, il fallut cesser tout usage de l'iode.

J'essayai aussi en vain de remplacer ce médicament par l'arse-

nie; mais il provoqua rapidement une intolérance qui, pour se borner à des troubles gastriques, n'en fut pas moins accusée.

Convaincu cependant qu'une médication iodée, si elle était tolérée, aurait les plus heureux résultats, je résolus de tenter encore le moyen suivant :

Je conseillai de faire dissoudre dans un bol d'eau 10 grammes environ d'iodure de potassium, de tremper de cette eau une des chemises de la malade et de l'en habiller après l'avoir parfaitement séchée. Ceci fut fait avec soin; la malade garda la chemise trois jours; une autre qui avait été préparée de même lui fut mise ensuite, mais, le quatrième jour, l'iodisme faisait de nouveau explosion avec plus de violence que jamais : et le coryza, et le larmoiement, et la douleur tensive des sinus, et la gêne de l'arrière-narine, à laquelle se joignit une douleur musculaire occupant tout l'ensemble du cou, enfin les nausées presque constantes, accompagnées de quelques vomissements, et une fièvre plus accusée que jamais, tous ces phénomènes, dis-je, se prolongèrent pendant environ huit jours. Évidemment, si l'action du médicament avait été quelque peu plus lente, elle était aussi plus intime et plus persistante qu'avec les autres modes d'administration.

L'effet thérapeutique n'en parut pas moins favorable, l'affection pelvienne étant notablement amendée, les selles purulentes devenues plus rares, le ventre de moins en moins volumineux, la douleur presque nulle et la marche assez facile. Je renonçai cependant à lutter contre une intolérance aussi absolue, et résolus de m'adresser à l'hydrothérapie.

Cette observation aura son intérêt, sans doute, dans les vicissitudes thérapeutiques dont elle offre le tableau. Mais de plus, elle apporte une preuve bien significative à une question toute nouvelle encore, celle de l'absorption des substances sèches par la peau.

Reprise tout récemment par un habile expérimentateur, M. Roussin, au point de vue physiologique, elle trouve dans ce fait la consécration clinique qui permet d'élargir le champ de ses applications et d'en faire une méthode thérapeutique.

L'absorption, en effet, fut trop manifestement prouvée chez notre malade par les accidents de l'iodisme; la portée même et l'intensité de ces accidents témoignent des avantages que, dans beaucoup de cas, pourrait offrir une semblable méthode. A. Ferrand,

Ex-chef de clinique adjoint.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De la contagion de la fièvre puerpérale. Nos lecteurs connaissent notre opinion sur ce sujet : nous croyons que les affections puerpérales sont contagieuses, et que du jour où cette vérité sera reconnue par tous les administrateurs et médecins, on pourra seulement alors espérer prévenir ces redoutables épidémies qui font disparate dans notre siècle de progrès. Voici un nouveau fait bien frappant qui vient à l'appui de notre manière de voir; il a été communiqué à la Société médicale des hôpitaux :

Deux servantes, approchant du terme de leur grossesse, étaient entrées, pour faire leurs couches, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Lorrain. Elles y étaient à peine depuis quelques heures, lorsqu'elles en furent renvoyées. M. Lorrain faisait évacuer la salle de femmes en couches, où s'étaient déclarés, dans l'espace de quatre jours, deux cas de fièvre puerpérale mortelle, dont le second fut presque foudroyant.

Les pauvres servantes, qui n'avaient point de domicile, allèrent à la Pitié, où elles furent reçues dans le service de M. Empis.

Jusqu'alors l'état sanitaire des femmes en couches y était très-bon; mais les deux nouvelles arrivées furent prises de fièvres puerpérales aussitôt après leur accouchement; deux autres femmes, leurs voisines, en furent également atteintes; et, sur les quatre, trois en moururent; la dernière fut transportée dans une autre salle; puis tout rentra dans l'ordre accoutumé, sans qu'il se déclarât aucun cas de cette maladie à la Pitié.

N'était-il pas probable que ces femmes enceintes avaient contracté, pendant leur séjour de quelques heures à Saint-Antoine, un germe de fièvre puerpérale qui serait resté latent jusqu'à l'accouchement, et qui se serait transmis ensuite par contagion à deux autres femmes en couches ?

La chose était d'autant plus probable que, sur dix-sept femmes, disséminées par M. Lorrain, et dont quelques-unes seulement étaient restées à l'hôpital, dans les salles de médecine, quatre moururent d'affections puerpérales, et trois autres, dont une en ville, furent très-malades. Elles emportaient donc en puissance la maladie, lorsqu'elles quittèrent la salle qui fut évacuée.

Si le médecin dévoué qui s'occupe avec tant de zèle du service des femmes en couches à la Pitié n'avait pas pris toutes les mesures hygiéniques que lui a suggérées son expérience, il est plus que probable qu'on aurait vu se développer une épidémie grave, et voilà des faits qui prouvent de plus l'utilité des chambres isolées pour les femmes en couches. (*Société médicale des hôpitaux* et *Gazette des hôpitaux*.)

Guérison d'un anévrysme de la carotide par la méthode de Valsalva. Le docteur Vanzetti, de Padoue, a eu l'occasion de voir dernièrement un cas d'anévrysme de la carotide droite, qui a été guéri jadis par cette méthode; voici comment il rapporte ce fait :

Un individu, étant de passage à Padoue, s'est présenté à moi le 24 août dernier, pour me consulter sur une enflure aux jambes. L'ayant interrogé sur ses maladies antérieures, il me dit, entre autres choses, qu'à l'âge de trente-trois ans il avait eu un anévrysme au cou et qu'heureusement il en avait guéri sans se soumettre à l'opération qu'on voulait lui faire.

Surpris de ce qu'il m'affirmait, je le priai de me faire une narration aussi exacte que possible des causes, des symptômes, des progrès de son anévrysme et des particularités de sa guérison.

« Je me nomme, dit-il, Antoine M***; j'ai soixante-six ans, natif du Tyrol; mon état, pendant plus de trente ans, a été celui de charcutier. Chaque année, je quittais ma maison pour me rendre à Ferrare au service de bon nombre de familles de cette ville. Un jour, en déchargeant, sur mon dos, un cochon d'un chariot, je fis avec la tête un très-grand effort pour le rejeter en arrière; quelques jours après je fis un nouvel et semblable effort alors que je portais sur la nuque un gros billot pour hacher la viande. C'est à ces efforts que j'ai attribué l'origine de mon mal, car deux ou trois jours après, je sentis

une douleur en haut du cou, du côté droit, et, en y portant la main, j'y ai trouvé une tumeur du volume d'une noisette. Je me rendis alors chez le docteur Guerra (dont je servais la maison), pour le consulter. Le docteur s'effraya à la vue de cette tumeur, et s'oublia au point de me dire qu'il craignait que je ne fisse plus de saucissons pour lui. Ces paroles m'affligèrent au point qu'en le quittant je me mis à pleurer.

J'ai alors consulté le docteur Malago, professeur de chirurgie: celui-ci me fit entrer immédiatement à sa clinique, où il eut une première consultation près de mon lit avec plusieurs autres professeurs; puis deux autres encore, en présence des élèves, et l'on me déclara qu'il fallait me faire une opération au cou pour guérir de ma maladie, qui était un anévrysme. Ma tumeur battait visiblement, elle était déjà grande comme un œuf de poule, me causait à la tête et à l'oreille des élancements très-douloureux qui m'empêchaient de dormir; j'éprouvais souvent des vertiges et mal au cœur. Cependant je n'ai pas consenti à me faire opérer ; et, après trois semaines de séjour à la clinique, je suis parti de Ferrare pour retourner chez moi, à Balbeno, en Tyrol. En passant par Vérone, je consultai encore les docteurs Mansoni, Parise et Calza, qui tous confirmèrent que ma tumeur était un anévrysme. — Rentré chez moi, mon médecin, le docteur Solizzoli, me fit rester au lit continuellement pendant onze mois et m'obligea à ne manger qu'un petit pain par jour dans un peu de bouillon, et cela en trois fois. J'ai supporté avec résignation les tourments de la faim, je devins excessivement maigre (*pelle et ossa*), mais au bout de neuf mois ma tumeur avait cessé de battre ; elle était déjà devenue beaucoup plus petite et elle finit par disparaître complétement. — Après ma guérison, ayant repris comme auparavant mes occupations d'hiver à Ferrare, j'allai voir naturellement le professeur Malago : il fut si surpris et si content de me voir guéri sans opération qu'il voulut que je dînasse avec lui. »

Les détails de ce récit sont tels qu'on ne peut pas douter, je crois, que cet homme n'ait eu un anévrysme de la carotide, lequel se serait guéri par la méthode de Valsalva. En examinant son cou, je n'y ai trouvé aucun vestige de la tumeur : j'ai cru remarquer seulement des pulsations plus fortes à la carotide droite qu'à celle du côté opposé : la temporale battait de deux côtés également.

Les cas de guérison spontanée ou due à la méthode de Valsalva ne sont pourtant que des exceptions excessivement rares, sur lesquelles il serait très-dangereux de compter. Dès que l'anévrysme se manifeste, il faut donc essayer de le guérir par la compression digitale de la carotide, en l'exerçant, soit continue, soit intermittente, selon les circonstances, avec autant de persévérance que d'espoir de succès. La littérature chirurgicale possède maintenant les observations de deux cas d'anévrysme des ramifications de la carotide, nommément de l'artère ophthalmique, guéris, l'un à la clinique oculistique de Padoue, l'autre à l'hôpital de Vérone, par la compression digitale intermittente de ce vaisseau : elle possède en outre l'observation, encore plus intéressante, publiée en 1864 par le docteur Sheppard, de Worcester, d'un anévrysme de la bifurcation de la carotide droite, grand comme un petit œuf de poule, et guéri dans l'hôpital de cette ville au moyen de la compression digitale intermittente, exercée par le malade lui-même. — En négligeant d'entreprendre au plus tôt la compression digitale, le malade est exposé au danger de voir sa tumeur augmenter très-rapidement, au point de rendre bientôt impossible, non-seulement la compression, mais la ligature elle-même, ou d'obliger le chirurgien de faire cette dernière à la racine du cou, région où l'artère est plus profonde, l'opération plus difficile et beaucoup plus dangereuse. (*Gazette des Hôpitaux*.)

Traitement des brûlures. M. Blondeau rappelle avec raison la méthode de traitement des brûlures depuis fort longtemps imaginée et employée par M. le professeur Laugier. Cette méthode, aussi merveilleusement simple qu'elle est merveilleusement bonne, paraît, en effet, un peu trop oubliée aujourd'hui, ou tout au moins peut-être pas assez vulgarisée.

Elle consiste en un pausement fait avec de la baudruche enduite, sur une de ses faces, d'une solution assez épaisse de gomme arabique, de façon à ce qu'elle puisse s'appliquer aussi intimement que possible sur les parties brûlées, auxquelles elle forme un épiderme artificiel qui les met absolument à l'abri du contact de l'air.

Dans un cas de brûlure grave, pendant tout le temps que dura la période d'inflammation, on fit maintenir constamment des cataplasmes de farine de graine de lin sur les parties couvertes de baudruche, absolument comme on l'eût fait sur des parties couvertes de leur peau. Ces cataplasmes avaient le double avantage de modérer les phénomènes inflammatoires, et, en humectant la baudruche, de l'empêcher d'exercer la constriction qu'elle est sujette à produire. On en était seulement tenu à un peu plus de précautions au moment de les changer, pour éviter d'enlever la baudruche avec eux. Les liquides, sérosité et pus, sécrétés par les parties malades, étaient évacués de la façon la plus simple, en ouvrant, avec la pointe d'un bistouri ou des ciseaux, la peau artificielle qui se trouvait soulevée par eux; cette évacuation faite, toutes les fois que ces sortes de phlyctènes se reproduisaient, on fermait l'ouverture au moyen d'un petit morceau de baudruche gommée.

Encore un détail : dans les faits qu'a observés M. Blondeau, lorsqu'une première couche de baudruche ayant été appliquée sur les parties brûlées, les douleurs ne se calmaient pas assez vite ou assez complètement, il en appliquait une seconde couche par-dessus cette première, et il obtenait le résultat désiré. (*Idem.*)

Cas de diphthérie par inoculation. Cette observation, extraite du *Medical Times and Gazette*, est remarquable en ce sens que la diphthérie fut inoculée sur une plaie et qu'elle fut suivie de paralysie sans qu'il y ait eu des fausses membranes dans la gorge. Le malade guérit.

M. Paterson fait suivre son observation des remarques suivantes :

1° Les symptômes constitutionnels ordinaires et les suites de la diphthérie peuvent s'observer après une simple inoculation sans l'affection habituelle de la gorge.

2° Cette observation combat la théorie généralement reçue pour expliquer la paralysie consécutive à la diphthérie. L'opinion du docteur Gull, pour qui la paralysie diphthérique est due à l'extension de la maladie primitive de la gorge à la partie supérieure de la moelle épinière, n'est pas applicable ici. Chez notre malade, la paralysie s'expliquerait mieux par une irritation ou une impression nerveuse périphérique, se propageant par la continuité du tissu nerveux jusqu'aux centres nerveux.

3° Elle indique plutôt une action indépendante du miasme diphthérique agissant par le sang sur les centres nerveux, et M. Paterson est disposé à attribuer la paralysie à une semblable action. Le miasme exercerait une influence toxique primitive sur le système nerveux en particulier, et c'est alors que surviendraient les troubles consécutifs à la diphthérie. (*Gazette médicale de Paris*, 19 octobre 1867.)

Traitement du delirium tremens par le chanvre indien. A l'appui de ce que nous avons déjà dit sur ce sujet dans notre dernier volume, nous emprunterons aujourd'hui le témoignage du docteur Beddoe, médecin à l'infirmerie royale de Bristol, qui paraît avoir expérimenté le chanvre indien dans le delirium tremens sur une assez large échelle.

Pendant la durée de son service comme médecin interne à l'infirmerie royale d'Edimbourg, ville où la maladie en question est extrêmement commune, notre confrère eut fréquemment l'occasion, comme il le dit lui-même, d'observer et de traiter des cas de cette affection. Ayant cru reconnaître, dans plusieurs circonstances, que l'opium ne produit pas toujours des effets favorables, et pensant, d'après des enseignements dus au professeur Christison, comme aussi d'après les faits du docteur Tyrrell, que le chanvre indien agissait probablement comme hypnotique sans entraver l'élimination, il s'empressa de recourir à cet agent dès le premier cas qui se présenta dans son service, et les résultats obtenus furent des plus encourageants. Aussi eut-il soin de continuer son expérimentation. Durant l'espace de six mois il n'eut pas moins de dix-huit cas de delirium tremens, et dans tous, à l'exception d'un seul où il y avait lieu de soupçonner l'existence d'une méningite, il eut à se louer hautement des effets produits par le chanvre indien.

D'après M. Beddoe, la teinture serait préférable à l'extrait en raison de la rapidité de son action, n'était qu'elle détermine des nausées très-fatigantes qui portent les malades à en refuser l'usage. Il y a donc lieu, à cause de cela, de préférer l'extrait, qu'on administre sous forme pilulaire avec quantité égale de sulfate de po-

lasse : M. Beddoe regarde l'adjonction de ce sel. comme très-avantageuse pour diviser l'extrait résineux, et en rendre plus facile et plus rapide la dissolution ou la suspension dans les fluides gastro-intestinaux.

Ordinairement il commence par un grain d'extrait ou vingt gouttes de teinture chez les sujets qui peuvent les tolérer. Au bout de quatre ou six heures, si le malade n'est pas endormi, il administre une dose double de la première. Six heures après, s'il n'y a pas d'effet, trois ou même quatre grains sont encore donnés d'un seul coup. Six ou huit heures plus tard, s'il est nécessaire, une dose plus forte est de nouveau essayée. Quand c'est l'extrait qu'on emploie, des intervalles plus longs sont nécessaires que lorsque c'est la teinture (sans doute à cause des effets nouveaux de cette dernière). Dans un cas M. Beddoe est allé jusqu'à deux drachmes, avant que le patient ne subît l'influence hypnotique ; il survint alors un sommeil qui dura six heures, et au réveil l'état était relativement très-satisfaisant. Ce *modus faciendi* paraît, à notre confrère, préférable à celui qui consiste à donner des doses modérées toutes les deux ou trois heures, l'intervalle laissé entre chaque administration n'étant pas, dans ce dernier cas, suffisant pour qu'on soit sûr que la dose précédente n'agira pas. Un des avantages du chanvre, c'est qu'il n'émousse ou ne détruit pas l'appétit comme le fait l'opium, ce qui permet de faire prendre aux malades quelques aliments légers. (*Med. Press and circular*, 16 oct.)

Ablation de l'utérus et de ses annexes, suivie de succès. Nous avons donné, l'an dernier (t. LXX), une statistique des cas d'amputation de l'utérus par la section de la paroi abdominale, de laquelle il résulte que la guérison a pu être obtenue six fois sur vingt-trois ; aujourd'hui, nous enregistrons un nouveau succès, dû à un procédé chirurgical différent ; mais nous l'enregistrons moins comme un exemple à suivre dans des circonstances semblables, — car il ne nous paraît pas démontré qu'on n'aurait pas pu recourir à un mode d'intervention moins dangereux, — qu'afin de faire voir itérativement que, quand le cas l'exige, le chirurgien peut être autorisé à tenter le salut des malades par la grave opération qui consiste à enlever en totalité l'utérus et ses annexes.

La malade, âgée de trente-huit ans, était atteinte de chute de la matrice, laquelle formait entre les cuisses une tumeur de six pouces de long sur trois et demi de large. N'ayant pas réussi par l'élytroraphie à débarrasser cette femme de son infirmité, le docteur Choppin se décida à enlever l'utérus, ce qu'il fit, le 12 janvier 1861, de la manière suivante, après avoir administré le chloroforme.

La tumeur attirée aussi bas que possible au moyen de pinces de Museux fixées sur le col, et maintenues solidement par un aide, une incision circulaire comprenant toute l'épaisseur de la paroi vaginale fut faite au point où celle-ci s'implante sur le col utérin, de manière à pouvoir, par cette ouverture, détacher l'organe de sa tunique péritonéale. Mais ce résultat ne put être obtenu, à cause d'adhérences avec la vessie en avant et le rectum en arrière. Ces adhérences détruites par une dissection attentive, l'utérus fut attiré en bas, entraînant avec lui une sorte de pédicule formé en partie par le péritoine. Il se manifesta alors une hémorrhagie abondante ; dès qu'on fut parvenu à l'arrêter, la chaîne de l'écraseur de Chassaignac fut portée sur ce pédicule, dont la section se trouva complète au bout de vingt cinq minutes. On reconnut alors que l'utérus avait été enlevé dans sa totalité, et de plus la trompe et l'ovaire gauches ; l'ovaire droit n'étant pas descendu, il se trouva que la trompe de ce côté, comprise dans le pédicule, avait été coupée au voisinage du corps utérin, et l'ablation de ces parties n'étant pas nécessaire au succès de l'opération, elles furent laissées dans l'abdomen. Après la section, qui ne fut accompagnée d'aucune perte de sang, une anse intestinale vint faire hernie à travers l'ouverture du péritoine. On la réduisit, et la plaie fut fermée à l'aide du *clamp-suture* de Sims. L'inversion du vagin ayant été réduite à son tour, l'opérée fut replacée sur son lit, dans le décubitus dorsal, le bassin élevé, et on lui administra une forte dose d'opium, à la suite de laquelle elle dormit toute la nuit. Le lendemain, sensibilité du ventre, mais sans grande réaction fébrile. Le troisième jour, commencement de la suppuration ; toutefois l'examen au spéculum démontre que la plaie vaginale s'est réunie par première intention. Au bout de trois semaines, les fils métalliques et le clamp se détachèrent, et la suppuration ne

tarda à s'arrêter. Un nouvel examen permit alors de constater que la cicatrisation était parfaite. La santé de cette femme se rétablit rapidement et elle put retourner à ses occupations. Elle mourut trois ans plus tard, de dysenterie. (*Southern Journal of medical, science* et *British medical Journal*, 24 août 1867.)

Rétrécissement progressif de l'œsophage, causé par l'ingestion d'ammoniaque liquide ; nouveau moyen de cathétérisme. Le cas s'est présenté chez un homme de trente-huit ans, qui fut soigné, en février dernier, dans le service du professeur Schutzenberger, pour une vive inflammation de la bouche et du pharynx causée par l'ingestion d'ammoniaque qui lui avait été administrée pendant qu'il était ivre. Sorti de l'hôpital au bout de quatorze jours, en bon état, cet homme ne tarda pas à voir survenir une gêne de la déglutition qui alla toujours croissant et finit par l'obliger à entrer à la clinique de M. le professeur Sédillot, où il fut reçu le 6 mai.

Le 7, une sonde œsophagienne ne peut franchir le rétrécissement; une bougie urétrale filiforme le traverse sans pouvoir être remplacée par un instrument plus volumineux. Ces tentatives sont répétées inutilement un grand nombre de fois, et l'on ne réussit pas mieux à reconnaître le siége du pertuis au moyen du laryngoscope. Sondes œsophagiennes, de différents diamètres, sondes à boule, sondes urétrales, bougies fines, gros fil de fer tordu sur lui-même, ne peuvent passer, mais indiquent un double siége de la coarctation, au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde où elle est peu considérable, puis au niveau de la clavicule où elle est plus resserrée.

Enfin, le 28 juin, au moyen d'un fil de cuivre recourbé en anse très-étroite, M. Sédillot réussit à traverser la portion coarctée du canal ; une bougie creuse en gomme élastique, coupée à son extrémité, est engagée sur les fils de cuivre servant de conducteur, est poussée dans l'œsophage, franchit la coarctation avec un peu d'effort, et s'y trouve très-fortement serrée. M. Sédillot l'y laisse à demeure après avoir retiré les fils métalliques, et recommande de ne l'enlever qu'après qu'elle sera devenue mobile et de la remplacer alors immédiatement par une bougie olivaire plus volumineuse. Au bout de deux heures, la sonde étant retirée conformément à ces instructions, le malade trouve déjà qu'il avale mieux ; deux nouvelles bougies sont replacées à deux reprises dans la journée, et la dernière mesure 5 millimètres et demi de diamètre. Le lendemain, bougie de 7 millimètres un tiers; le 30, bougie de 8 millimètres deux tiers. Le 1er juillet, il devient nécessaire de rétrograder, à cause d'un peu de douleur, signe d'inflammation, au niveau du rétrécissement ; puis on revient après quelques jours à des bougies graduellement plus volumineuses. Le 8 juillet, diamètre de 9 millimètres et un tiers ; le 12, sonde œsophagienne de 15 millimètres de diamètre. Le malade avale facilement, et sort de l'hôpital, emportant une sonde œsophagienne à boule qu'il lui est recommandé d'introduire tous les jours, s'il veut éviter le retour de ses accidents. (*Gaz. des Hôp.*, 1867, n° 139.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Opération césarienne pratiquée avec succès. Aimée Boddaert, épouse Bonti, de la commune de Zillebeke, est de petite stature, mais bien conformée en apparence.

Elle n'était guère qu'à sept mois et demi d'une première grossesse, quand, après deux jours de travail, MM. Tibergbein et Poupart la délivrèrent au moyen de forceps. Il leur fallut exercer des tractions énergiques et prolongées pour extraire un enfant qui, malgré son peu de volume, portait sur l'un des pariétaux l'empreinte profonde de l'angle sacro-vertébral. Il existait donc un rétrécissement considérable du bassin, et, en effet, le diamètre sacro-pubien, mesuré plus tard, n'offrait que six centimètres et demi d'étendue.

Nos honorables confrères donnèrent à la femme Bonti le conseil de se faire accoucher prématurément, si elle redevenait enceinte, mais elle n'en tint aucun compte, et elle se trouvait à terme d'une seconde gestation quand elle fit appeler M. Tibergbein, le 17 juillet 1866, à une heure du matin.

Les douleurs, qui duraient depuis vingt-quatre heures, avaient produit la dilatation du col de la matrice, la rup-

ture des membranes et la tuméfaction du cuir chevelu, mais la tête restait réellement au-dessus du détroit supérieur. Le forceps fut appliqué et il s'était échappé à diverses reprises, quand M. Tiberghein constata qu'une anse intestinale était descendue dans le vagin et demanda qu'on lui adjoignît M. Poupart.

L'enfant continuant de vivre, il fut décidé qu'on aurait recours à la gastro-hystérotomie, seule capable de le sauver.

L'opération, faite d'après les règles généralement admises, marcha sans encombre. Elle offrit cependant deux particularités : la vessie, qui n'avait pu être vidée par le cathétérisme, formait saillie au devant de la matrice, de sorte qu'il fallut la soulever ou la ramener en avant, pour pouvoir donner à la plaie utérine toute l'étendue nécessaire vers le bas. Ensuite, la délivrance étant faite, M. Poupart introduisit une main par la plaie du ventre pour attirer et ramener dans la cavité abdominale l'intestin hernié, pendant que deux doigts de l'autre main le refoulaient à travers la déchirure vaginale.

L'enfant extrait était plein de vie et bien développé. Quant à la mère, à part la prostration des premières heures, à part un peu de sensibilité dans le point correspondant au globe utérin et une diarrhée de trois à quatre jours, elle n'éprouva aucun accident, de sorte que les plaies abdominale, utérine et vaginale marchèrent régulièrement et promptement vers une guérison complète. (*Bullet. de l'Acad. de médecine de Belgique*, 5e livr., 1867.)

Traitement de l'inflammation par la compression digitale. Il y a déjà près d'une dizaine d'années (1858) que le professeur Vanzetti, de Padoue, a conçu et mis en pratique l'idée de traiter par ce moyen le phlegmon diffus des membres et les arthrites traumatiques, affections redoutables qui ont si souvent des suites funestes, causent fréquemment des altérations irrémédiables des membres, la gangrène et la fonte purulente des tissus cutané et cellulaire, la suppuration et la destruction des surfaces articulaires. Peu satisfait des résultats fournis par les diverses méthodes de traitement employées jusqu'alors, méthodes trop souvent incertaines et infidèles dans leur action, M. Vanzetti fut conduit à la méthode qu'il emploie aujourd'hui, et à laquelle il attribue une grande supériorité sur toutes les autres, d'abord parce qu'elle est tout à fait innocente en elle-même, ensuite parce qu'elle a pour effet de dissiper complétement l'inflammation en très-peu de temps, quand elle est employée avant que les tissus malades soient profondément altérés ou détruits.

Elle consiste dans l'interception de l'afflux trop considérable du sang dans la partie malade au moyen de la compression digitale du tronc artériel du membre, laquelle est faite, tantôt d'une manière continue, tantôt d'une manière intermittente, pendant un certain nombre d'heures, dix à vingt, rarement plus de vingt-quatre heures.

Cette méthode, depuis que M. Vanzetti l'a fait connaître, a été mise en pratique avec succès par un certain nombre de chirurgiens italiens, anglais, allemands, russes, qui en ont vanté les heureux résultats, et ont publié les observations des guérisons souvent surprenantes et inespérées qu'ils ont obtenues par elle.

En présence de pareils résultats, il serait à désirer, dit l'auteur, que la compression digitale, dont l'innocuité parfaite ne saurait être contestée, fût expérimentée par un plus grand nombre de chirurgiens de tous les pays, afin que, son efficacité et sa supériorité étant définitivement établies, elle pût se substituer, dans la pratique, aux méthodes incertaines, infidèles et souvent dangereuses, qui sont aujourd'hui généralement en usage.

M. Vanzetti a communiqué trois observations de guérisons obtenues par la compression digitale.

La première est relative à un cas de phlegmon très-grave du membre supérieur gauche, très-rapidement guéri par la compression digitale.

Le sujet est un paysan qui, s'étant blessé à la paume de la main gauche, eut, à la suite, un phlegmon très-intense du membre, accompagné de symptômes généraux excessivement sérieux.

Le chirurgien docteur Brunetta, de la Plata, qui le vit cinq jours après l'accident, trouva le malade au lit, avec l'avant-bras et une grande partie du bras gauche tellement enflés, qu'ils paraissaient doublés de volume ; la peau était tendue, luisante, de couleur rouge très-foncée, livide et bleuâtre, avec de larges phlyctènes sur le dos de la main. La physionomie du malade

était décomposée, son œil languissant, sa voix faible et rauque, le pouls misérable, la température du corps au-dessus de la normale, avec grande prostration physique et morale.

En présence d'un état si grave, M. Brunetta se mit de suite à pratiquer la compression digitale de l'artère humérale à son tiers supérieur. Heureusement il put trouver, parmi les parents du malade, deux personnes très-intelligentes qui apprirent à pratiquer très-bien la compression, et la continuèrent pendant le reste de la journée et pendant toute la nuit.

Dès le lendemain, un changement extraordinaire s'était produit dans l'état général et local du malade. Les forces s'étaient relevées; il avait pu dormir plusieurs heures sous la compression; le membre était tout à fait désenflé, presque revenu à son volume normal; la peau conservait une teinte un peu livide; mais elle était ridée et pouvait être facilement plissée entre les doigts.

M. Brunetta fit aussitôt cesser la compression qui avait duré, en tout, vingt-quatre heures. Au bout de deux jours, le malade, sans autre traitement, était complétement guéri.

La seconde observation est un cas de pustule charbonneuse du membre supérieur, également guérie par la compression digitale.

Un malade, habitant de Padoue, âgé de vingt-huit ans, avait vu, cinq jours après avoir dépecé un cheval mort, survenir vers le poignet une petite élevure noirâtre qu'il déchira d'un coup d'ongle en se grattant.

Le lendemain, le tiers inférieur de l'avant-bras était le siége d'un gonflement qui, bientôt, s'étendait de proche en proche et envahissait le bras jusqu'à l'aisselle.

M. Vanzetti se décida, en présence de ces accidents locaux si graves, à employer la compression digitale comme s'il se fût agi d'un érysipèle phlegmoneux. Il la fit commencer immédiatement, sans autre traitement. La compression pratiquée sur l'artère axillaire, à cause de l'enflure, qui ne permettait pas d'agir sur l'artère humérale, fut faite, sans discontinuer, pendant vingt-quatre heures par les élèves du service, se relayant toutes les heures ou toutes les deux heures. Au bout de ce temps, le bras avait notablement diminué de volume, les mouvements étaient rétablis en grande partie, la rougeur considérablement effacée, et la température de la partie revenue à peu près à son état normal. La tension extrême, la dureté presque ligneuse de l'enflure s'étaient dissipées complétement, de sorte que le gonflement qui restait encore n'avait plus que les caractères d'un œdème froid, conservant l'impression du doigt. On cessa, dès lors, complétement la compression, l'inflammation était jugulée.

Quelques fomentations aromatiques furent appliquées sur le membre pendant les dix premiers jours, après quoi toute trace d'œdème avait disparu; le bras avait repris son volume, ses mouvements, sa souplesse; en un mot, ses fonctions et son apparence normale, sauf à l'endroit du siége de la pustule, où, à la place de la tache noire primitive, existait une perforation du derme presque exactement circulaire, et faite comme par un emporte-pièce, à bords jaunâtres et durs. La cicatrisation de cette ulcération eut lieu en un mois, sans autre traitement qu'une compression méthodique avec un bandage roulé. Le malade sortait le 1er février 1866, complétement guéri.

La troisième observation de M. Vanzetti se rapporte à un cas d'éléphantiasis de la jambe droite, guérie par la compression digitale de l'artère fémorale, qui fut faite pendant huit jours, cessée et reprise, et en définitive la guérison fut complète. (*Société de chirurgie.*)

Traitement du hoquet. M. Dumontpallier a observé un cas de *hoquet nerveux rebelle* rapidement guéri par l'électricité. Un ouvrier a un violent accès de colère suivi d'une indigestion. Le lendemain il se purge, et après cette médication se déclare un hoquet qui, pendant quatre jours, persiste avec une telle intensité, que tout repos lui est interdit et qu'il lui est impossible ni de boire ni de manger; à chaque inspiration l'on voit un soubresaut violent des parois abdominales et thoraciques suivi d'un cri, et ceci se reproduit quarante à quarante-deux fois par minute. Une exploration attentive prouvait que le hoquet était purement nerveux.

M. Dumontpallier, à bout de ressources, essaye l'électricité. Un pôle de la machine Breton est appliqué à gauche sur le trajet du nerf phrénique au cou; l'autre, sur le bord du cartilage des dernières côtes, vers son extrémité sternale; le courant a toute sa force. A peine l'électrisation est-elle commencée, que le malade jette

un cri : le hoquet cesse aussitôt et se transforme en sanglot; il revient deux heures après. Nouvelle application du courant, le hoquet cesse de nouveau, pour ne réapparaître que le lendemain, neuf heures après ; l'électricité réussit encore, et cette fois, le malade est complètement guéri. Les premiers jours M. Dumontpallier avait constaté sur le voile du palais des points ressemblant à du muguet, disparus au moment de la guérison. — A l'occasion de cette observation, M. Guibout a rappelé deux cas de hoquet nerveux guéris par lui à l'aide de la potion suivante : Eau, 150 grammes; sulfate de strychnine, 0gr,05, sirop de menthe, 30 grammes. (*Société médicale des hôpitaux.*)

Traitement des polypes de l'oreille. Les polypes du conduit auditif prennent naissance, tantôt dans l'oreille moyenne, et font saillie à l'extérieur à travers la membrane du tympan déchirée ; tantôt ils se développent sur la paroi du conduit auditif, et en général, dans le voisinage du tympan. Dans le premier cas, il n'est possible d'en pratiquer la section d'une manière complète que lorsque la membrane du tympan est assez largement détruite pour permettre l'introduction des instruments ; mais la difficulté de les diriger dans un espace aussi étroit que le conduit auditif, a fait jusqu'à présent préférer l'arrachement à toutes les autres méthodes opératoires, et un certain nombre de pinces ont été ingénieusement construites à cet effet.

Les inconvénients que présente cette méthode doivent, à mon avis, la faire rejeter.

Par l'arrachement, en effet, on procède d'une manière aveugle, et on s'expose à laisser une portion de la tumeur qu'il ne sera plus possible de ressaisir.

On peut déchirer la membrane du tympan, ou arracher avec le polype un lambeau de la muqueuse du conduit auditif.

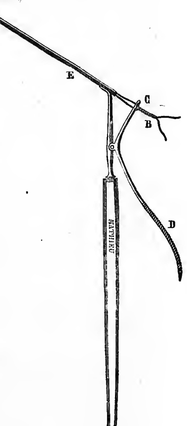
Cette méthode est enfin douloureuse.

Le docteur Ladreit de Lacharrière, médecin en chef des Sourds-muets, a fait construire par M. Mathieu un serre-nœud qui permettra toujours de pratiquer la section du polype sans avoir à craindre aucun de ces accidents, et la section se fait si rapidement que la douleur est tout à fait nulle.

Cet instrument se compose :

1° D'une tige métallique creuse de 7 centimètres de longueur, qui est fixée à une seconde tige d'acier de 4 centimètres, qui elle-même est tenue dans un manche d'ivoire. Ces deux tiges font entre elles un angle de 80 degrés.

2° A 2 centimètres du manche se trouve articulé un bras de levier dont une des extrémités vient affleurer



l'orifice de la tige métallique creuse, et possède deux petits trous.

3° Un fil de fer très-fin et double que l'on passe à travers la tige métallique creuse, et dont on fixe les deux extrémités au bras du levier en les passant à travers les petits trous et en les tordant ensuite.

L'instrument ainsi armé présente une anse à travers laquelle on fait passer le polype, et que la rigidité

métallique permet de diriger facilement.

Par une pression brusque sur le bras du levier, le fil métallique, en rentrant dans la tige creuse, opère instantanément la section du polype.

Cet instrument très-simple, et que l'on manie d'une seule main, permettra aussi d'enlever facilement les tumeurs pédiculées des fosses nasales et de toutes les cavités dont l'accès est étroit et difficile. (*Acad. de méd.*)

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 15 novembre 1867, M. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé commandeur de l'ordre impérial de la Légion d'honneur. (Officier du 11 août 1859.)

Par décret en date du 27 novembre 1867, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, M. Rozan (François), médecin-major de 1re classe.

Par suite de la démission de M. Vernois et le décès de M. Bouley, deux places de médecin étaient vacantes, l'une à l'Hôtel-Dieu, l'autre à Necker. Ces vacances viennent de donner lieu au mouvement suivant :

M. Léger passe à l'Hôtel-Dieu. — M. Woillez, à Necker. — M. Chauffard, à Cochin. — M. Jaccoud, à la Maison de santé. — M. Bucquoy, à Saint-Antoine. — M. Luys, à Bicêtre. — M. Guyot, aux Enfants Malades. — M. Fournier, à Lourcine. — MM. Simon et Siredey, du Bureau central, passent, le premier, aux Nourrices, le second, à la Rochefoucauld.

Par suite de la nomination de M. le professeur Jarjavay à la chaire de clinique chirurgicale à l'hôpital des Cliniques, et de la nomination de M. le professeur Richet à la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié, les mutations suivantes doivent avoir lieu dans le personnel chirurgical des hôpitaux de Paris :

M. Voillemier passe de la Pitié à l'Hôtel-Dieu. — M. Broca, de Saint-Antoine à la Pitié. — M. Dolbeau, de Cochin à Beaujon. — M. Le Fort, du Midi à Cochin. — M. Panas, du Midi à Saint-Antoine. — M. Tillaux, de Bicêtre à Saint-Antoine. — M. Labbé, de la Salpêtrière au Midi. — M. Liégeois, de Lourcine au Midi. — M. Péau, des Enfants-Assistés à la Salpêtrière.

M. Guéniot est nommé chirurgien de Lourcine; M. Sée, chirurgien de Bicêtre ; M. Cruveilhier, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Assistés.

Association des médecins du département de la Seine. — La commission générale a exprimé le désir de voir publier, dès à présent, le relevé des dons et legs reçus par l'Association des médecins de la Seine pendant l'exercice 1867. En voici le relevé, qui nous est communiqué par le secrétaire général, M. Louis Orfila :

M. Semelaigne (pour perpétuer la cotisation de C. Pinel), 1,170 francs; M. Woillez, 300 francs; Mme Robert, 20 francs; la Société médicale du deuxième arrondissement, par les mains de M. Ameuille, 50 francs; M. Vautier, 20 francs ; M. Labarraque, 15 francs ; M. Marjolin, 100 francs ; M. V. Masson, 60 francs; Mme Natalis Guillot (pour perpétuer la cotisation de M. N. Guillot), 500 francs; M. Thibaut, 100 francs; Mme Blandin, 50 francs; M. Vigla, 200 francs; Mme Vosseur, 20 francs; M. Nélaton, 500 francs; M. X***, 56 francs.

Pour perpétuer leur cotisation. — M. Danyau, 500 francs; M. Orfila, 400 francs; M. Dupont, 400 francs; M. Lasègue, 400 francs; M. Gontier, 400 francs; M. Léger Fleurus, 500 francs; M. Mialhe, 400 francs; M. Genouville (père), 500 francs.

Pour perpétuer partie de leur cotisation. — M. Ameuille, 100 francs; M. N. Guéneau de Mussy, 200 francs.

Pour ajouter à leur cotisation déjà perpétuée. — M. Thibierge, 80 francs ; M. Barth, 100 francs ; legs de M. Garnier, 11,500 francs; legs de M. Mauruc, 2,200 francs; legs de M. Peraudin, 2,000 francs. — Total : 22,841 francs.

A cette somme, il faut ajouter aujourd'hui un legs de « 20,000 francs. »

Notre illustre président, Velpeau, dont la mort récente a causé une si douloureuse surprise dans le corps médical, a voulu continuer par delà sa tombe à participer largement au souvenir des infortunes confraternelles.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Traitement de la goutte et du rhumatisme articulaire chronique [1];

Par le docteur Charcot, agrégé de la Faculté, médecin de la Salpêtrière.

TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

I. *Considérations générales.* — La goutte est une maladie héréditaire, constitutionnelle, primitivement chronique, malgré ses manifestations aiguës.

Mais la goutte est quelquefois aussi une maladie acquise, tantôt par des écarts de régime, tantôt par d'autres causes; c'est là une sorte de génération spontanée.

On peut en conclure que les modificateurs hygiéniques ont droit ici à la première place, et que les agents thérapeutiques ne viennent qu'en seconde ligne. C'est là, d'ailleurs, ce que l'expérience a depuis longtemps démontré.

Nous ne prétendons point que la maladie soit radicalement incurable; on possède des exemples de guérison spontanée, mais l'art n'est pas encore parvenu à reproduire, avec certitude, les procédés de la nature.

Toutefois il existe des moyens pour amoindrir les effets du mal et pour en éloigner les paroxysmes; c'est sur l'ensemble de ces moyens que repose le traitement de l'état constitutionnel dans l'intervalle des accès.

Mais nous avons une mission plus humble, quoique fort utile, à remplir. Les manifestations périodiques, les paroxysmes de la goutte, soit aiguë, soit chronique, sont accompagnées de souffrances excessives et presque insupportables. Peut-on supprimer ces crises de douleur, ou tout au moins en diminuer l'intensité, en abréger la durée? C'est là ce qui constitue le traitement du paroxysme de la goutte. Occupons-nous tout d'abord de ce dernier point.

II. *Traitement des accès de goutte aiguë et chronique.* — Il s'agit ici d'un traitement en grande partie palliatif. Quelques médecins vont même jusqu'à proscrire tous les moyens de soulagement, comme

(1) Extrait des *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques*, dont le dernier fascicule va paraître.

dangereux et pernicieux. C'est l'école de Sydenham, qui se place au point de vue téléologique. « *Dolor acerrimum naturæ pharmacum,* » disait le grand maître. — « La goutte est le meilleur remède de la goutte, » a dit Mead. — « Patience et flanelle, » disait Cullen.

Les partisans de l'expectation s'appuient sur le peu d'efficacité des remèdes connus, sur le danger de leur application, et surtout sur le soulagement éprouvé par le malade après l'accès. Mais on peut répondre à leurs arguments que l'inertie des hommes instruits ouvre la carrière aux empiriques. Le médecin s'éloigne du goutteux; les charlatans s'emparent de lui. Ils arrivent avec des moyens de soulagement dont l'effet est presque instantané et qui, s'ils produisent quelquefois de graves accidents, sont souvent sans aucun danger réel. Tels sont l'élixir de Reynolds, la liqueur de Laville, le vin d'Anduran, les pilules de Lartigue, etc., etc.

Or, il paraît établi que ces prétendus spécifiques doivent pour la plupart leur efficacité à la présence du *colchique*. Le rôle du médecin est donc d'étudier attentivement les propriétés thérapeutiques de cet agent redoutable, qui tantôt procure au malade un immense soulagement, sans aucun dommage, et tantôt détermine de graves accidents qui peuvent entraîner la mort. Personne, du reste, pas même ses ennemis les plus acharnés, ne conteste sa puissance. Il fait disparaître, comme par enchantement, l'inflammation goutteuse et la douleur terrible qui l'accompagne. Son action, à cet égard, est presque comparable à celle du quinquina dans les fièvres intermittentes; et c'est là encore un des caractères différentiels qui séparent la goutte du rhumatisme articulaire. Dans la forme aiguë de cette dernière maladie, M. le professeur Monneret avait déjà démontré l'inutilité du colchique ; et dans les formes diverses du rhumatisme chronique, j'ai pu m'assurer moi-même que ce médicament n'offrait aucun avantage.

Voyons maintenant ce qu'il peut faire dans la goutte. Dès le sixième siècle de l'ère chrétienne, les anciens connaissaient les avantages et les inconvénients du colchique : Alexandre de Tralles nous apprend que, de son temps, on ne l'administrait qu'aux gens pressés par leurs affaires, et qui n'avaient pas le temps d'être malades. Démétrius Pépagomène, qui vivait vers l'an 1200, l'appelle *Theriaca articulorum.*

Mais le colchique des anciens n'est pas le nôtre. Ils faisaient usage de l'*hermodactyle* (*Colchicum variegatum*, Planchon); nous employons aujourd'hui le *colchique d'automne.*

Tombé en désuétude, ce médicament a été remis en vogue par

les effets du *remède de Husson*. Everard Home a préconisé le colchique, déjà remis en honneur par Storck, mais pour d'autres affections que la goutte. Plus tard, ses effets ont été bien étudiés par Wandt, Halford, Watson et Garrod.

Toutes les parties de la plante sont utilisées, bulbe, semence et fleurs. On l'administre en extrait, en vin et en teinture. Le vin de bulbe de colchique se donne à la dose de 2 à 6 grammes dans les vingt-quatre heures, en trois ou quatre fois; l'extrait acétique se prescrit à la dose de 5 à 15 centigrammes.

Un mot sur les effets physiologiques de ce médicament.

A doses élevées, il produit :

1° Des phénomènes de gastro-entérite plus ou moins graves;

2° Une sédation marquée du système circulatoire, avec tendance à l'algidité et ralentissement du pouls;

3° Enfin des symptômes nerveux et une ivresse particulière.

A doses minimes, il ne donne lieu qu'à de faibles nausées et à un ralentissement modéré de la circulation.

Or, c'est à faible dose ou, du moins, lorsqu'il est toléré, qu'il agit favorablement dans la goutte; il faut, en l'administrant, éviter les phénomènes inflammatoires du côté du tube digestif : d'ailleurs son action paraît être d'autant plus efficace que les effets visibles (*operative effects*) sont moins accentués.

Son action spécifique se manifeste par la disparition de la fluxion goutteuse et de la douleur qui l'accompagne; la résolution s'opère, comme par enchantement, au bout de huit à quatorze heures. Il est loin de posséder le même degré d'influence sur les autres inflammations et sur les diverses formes du rhumatisme articulaire, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer.

Quel est donc son mode d'action? Question jusqu'à présent insoluble. On a attribué les effets qu'il produit à l'élimination de l'acide urique; cette opinion, appuyée par Chélius, Maclagan et Gregory, est combattue par Garrod, Böcker et Hammond. L'opinion de ces derniers observateurs est fondée sur des analyses attentives de l'urine, qui ne paraissent laisser aucune prise à la critique.

On a invoqué son action sédative sur le système circulatoire; mais là n'est point le secret, car il n'agit pas de la même façon dans les autres inflammations.

Il ne s'agit pas non plus de son action purgative; car la vertu spécifique peut se manifester sans aucune évacuation intestinale.

On ne saurait enfin s'appuyer sur sa puissance narcotique, car il présente encore ici un effet tout spécial à la goutte.

Quoi qu'il en soit, son efficacité est hors de question. Mais il faut envisager le revers de la médaille : voyons donc quels sont les dangers qu'il présente.

Il est incontestable que lorsqu'il est imprudemment administré, des accidents fort graves peuvent en être la conséquence. Quelles sont les règles qui doivent présider à son emploi ?

1° La goutte est une maladie à rétrocession, comme nous l'avons établi plus haut. Si donc vous supprimez brusquement l'accès, des troubles viscéraux peuvent se développer ; mais on n'a aucun danger de ce genre à redouter lorsqu'on emploie de faibles doses. D'ailleurs on ne doit pas administrer le colchique immédiatement au début de l'accès (Halford, Trousseau) ; on laisse s'écouler quelques jours avant d'en commencer l'usage. Enfin, on doit redouter son action irritante sur les voies digestives ; c'est une raison de plus pour n'en prescrire que des doses minimes.

2° Non-seulement il faut éviter les doses élevées, mais encore il importe de suspendre à temps l'emploi du médicament ; car, chez certains individus, ses effets paraissent s'accumuler. On peut alors avoir à craindre l'impression brusque qui peut être produite sur le système nerveux. Je serais disposé à croire que plusieurs cas dans lesquels la goutte a paru rétrocéder sous l'influence du colchique, sont des cas d'empoisonnement par cette substance (Potton).

3° Il ne faut point habituer le malade à l'usage de ce médicament, car il est forcé d'en prendre des doses toujours croissantes. Il y a des buveurs de colchique, comme des mangeurs d'opium et des ivrognes (Todd). Dans ces conditions, il se produit une modification plus ou moins profonde de l'organisme, et la goutte peut, sous cette influence, passer à l'*état atonique*.

4° Le colchique ne doit pas être employé dans la goutte asthénique, mais on peut l'utiliser cependant dans certains paroxysmes de la goutte chronique. On l'accuse quelquefois de prolonger les accès ; mais souvent, au contraire, il paraît abréger la durée du mal (Goupil, de Rennes).

5° L'action du colchique doit être favorisée par un régime convenable (diète, repos au lit) et par des adjuvants : tels sont les alcalins qui combattent la surcharge urique : il faut donner la préférence aux sels de potasse et de lithine. Enfin les purgatifs seront souvent employés avec fruit, mais il faut éviter les mercuriaux, dont l'expérience a montré les graves inconvénients.

Il est des cas où le colchique ne peut pas être employé. La méde-

cine n'est point pour cela complétement désarmée : il existe d'autres moyens auxquels on peut utilement recourir.

A l'intérieur, dans les accès aigus, on donne les narcotiques, surtout la jusquiame. On peut aussi prescrire l'opium, mais il a l'inconvénient de ralentir les sécrétions, ce qui entrave l'évolution régulière de la maladie. Il détermine aussi, chez certains sujets, des effets hors de toute proportion avec les doses employées : plusieurs fois j'ai vu ce médicament occasionner des phénomènes cérébraux inquiétants, et même provoquer, dans des cas d'affection rénale, l'apparition d'accidents urémiques. On devra surtout redouter les accidents de ce genre, lorsque la goutte est déjà ancienne, et que les lésions du rein goutteux se sont déjà prononcées. Un fait remarquable de ce genre a été rapporté par Todd.

On peut administrer aussi, avec quelques chances de succès, le sulfate de quinine; mais son action est loin d'être aussi efficace dans la goutte que dans le rhumatisme aigu.

Dans les exacerbations de l'état chronique, le sulfate de quinine est encore utile. Eu dehors des accès, les douleurs plus ou moins permanentes dont les jointures peuvent être le siége seront quelquefois efficacement combattues par l'iodure de potassium et la teinture ammoniacale de gaïac (20 à 40 gouttes par jour).

A l'extérieur, pendant l'accès, on peut employer divers topiques. On a souvent fait des applications d'eau froide sur les jointures malades; rien n'est plus apte à provoquer les rétrocessions, comme nous l'avons déjà montré.

On prescrivait les sangsues *loco dolenti*. Ce moyen est aujourd'hui abandonné, car on a remarqué qu'après son emploi les jointures ne reprenaient que difficilement leur mobilité normale.

Les narcotiques, au contraire, et surtout l'atropine, peuvent être appliqués avec succès sur la jointure malade.

Les vésicatoires sont souvent utiles, soit dans les cas aigus, soit dans les cas subaigus. Un petit vésicatoire, dont la dimension ne dépasse pas celle d'une pièce d'un franc, appliqué sur la jointure rouge et tuméfiée, agit souvent d'une manière efficace au milieu d'un paroxysme (Todd, Cartwright). J'ai quelquefois employé cette méthode avec succès.

Enfin, on a quelquefois utilisé les moxas. On peut citer, à cet égard, l'exemple du chancelier William Temple, qui s'en appliquait lui-même chaque fois qu'il avait un accès de goutte.

III. *Traitement de l'état constitutionnel.* — L'indication par excellence serait ici, non-seulement de modifier la crase du sang,

mais encore d'empêcher la formation d'acide urique en excès. Ce serait là l'idéal du traitement ; mais comment le réaliser ? On ne peut guère agir dans ce sens qu'en combattant la dyspepsie, en prévenant les excès, en condamnant le malade à la diète, en le soumettant à un régime approprié.

Mais, une fois que l'acide urique est formé dans le sang, on peut combattre les effets qui résultent de sa présence en excès. On doit favoriser l'excrétion de ce produit par les reins, et les remèdes ont ici une action puissante ; on doit empêcher les dépôts d'urate de se former dans les tissus, et lorsque ces dépôts existent déjà, on doit chercher à les dissoudre.

L'empirisme avait fait connaître un groupe d'agents qui répondent à ces indications longtemps avant que l'acide urique n'eût été découvert. Ces agents, ce sont les *alcalins*. Sous ce titre, on comprend :

1° Les alcalis (soude, potasse, lithine) et leurs carbonates : ils ont une action marquée sur l'estomac pour en neutraliser l'acidité ;

2° Les sels organiques (citrates, tartrates, etc.) à base alcaline ;

3° Les phosphates de soude et d'ammoniaque, qui ont une réaction alcaline et une action spéciale sur l'excrétion urinaire.

On aurait tort de croire que tous les alcalins peuvent être indifféremment substitués les uns aux autres. Qu'on se rappelle à cet égard les expériences de MM. Cl. Bernard et Grandeau, répétées plus tard par Guttmann (1). Ces observateurs ont constaté qu'un gramme de sel de potasse injecté dans les veines d'un chien de moyenne taille suffisait pour le tuer ; 20 centigrammes suffisaient pour tuer un lapin. Pour obtenir les mêmes effets avec un sel de soude, il fallait une dose au moins trois fois plus forte.

Voyons donc quelle est l'action spéciale de chacune de ces substances prises séparément, et pour commencer par les deux bases les plus habituellement employées, comparons entre elles la potasse et la soude.

Les sels de potasse ont une action diurétique dont la réalité a été bien démontrée par Mitscherlich. Celle des sels de soude n'est pas aussi marquée.

L'action dissolvante de la potasse sur l'acide urique est bien plus énergique que celle de la soude. On sait que l'urate de potasse est beaucoup plus soluble que celui de soude. D'ailleurs, si vous

(1) *Berlin. Klin. Woch.* 1865.

plongez un cartilage incrusté d'urate de soude dans une dissolution de carbonate de potasse, vous constaterez une action dissolvante rapide; si vous le plongez, au contraire, dans le carbonate de soude, à peine obtiendrez-vous un effet appréciable dans le même espace de temps.

Ainsi la potasse serait, *a priori*, plus efficace que la soude (1) : cette dernière base est cependant utile chez les goutteux dans les cas où il existe une affection hépatique, suivant Garrod.

Mais il est une substance encore peu connue, la *lithine*, qui paraît l'emporter à tous égards sur la potasse et la soude.

Cette base, qui a été découverte, en 1817, par Arfwedson, existe dans plusieurs eaux minérales, à Carlsbad, à Vals, à Vichy, à Baden-Baden et à Weilbach, où il existe une source nouvelle qui a reçu le nom de *Natrolithionquelle*, et qui renferme une forte proportion de cette substance.

L'analyse spectrale a permis à MM. Bunsen et Kirchhoff d'en constater la présence dans le lait et dans le sang de l'homme. Ce n'est donc pas une substance étrangère à l'organisme, et si la potasse existe dans les globules, la soude dans le sérum, la lithine se trouve aussi, quoique en faible quantité, dans le liquide nourricier de l'économie.

Ce nouvel agent répond à toutes les indications dont nous avons parlé. Son action diurétique est très-manifeste; elle rend l'urine fortement alcaline et dissout avec énergie l'acide urique. Sous ce rapport, elle est bien supérieure à la potasse, car l'urate de lithine est le plus soluble de tous les urates.

Garrod s'est livré à l'expérience suivante : Dans trois solutions contenant, la première, 5 centigrammes de carbonate de lithine; la seconde, 5 centigrammes de carbonate de potasse; la troisième, 5 centigrammes de carbonate de soude, pour 30 grammes d'eau, jetez des fragments d'un même cartilage imprégné d'urate de soude. Au bout de quarante-huit heures, la lithine a opéré une dissolution complète; la potasse a exercé une action très-légère; la soude donne un résultat complétement nul.

L'urate de lithine est donc évidemment le plus soluble de tous les urates.

---

(1) Antérieurement à la publication du traité de M. Garrod, M. le docteur Galtier-Boissière avait déjà appelé l'attention sur la plus grande intensité de l'action dissolvante de la potasse, comparée à la soude, dans le traitement de la goutte. (*De la Goutte*, Thèse de Paris, 1859, p. 112.)

Quel sera le mode d'action des alcalins sur le sang dans la goutte? Ils n'ont aucun pouvoir pour amoindrir la formation d'acide urique ; ils ne sauraient pas non plus le *dissoudre*, comme on l'a prétendu, car il existe à l'état d'urate de soude. Mais, en rendant les tissus alcalins, ils peuvent s'opposer à la formation des dépôts ; d'ailleurs, les carbonates de lithine et de potasse pourraient dissoudre les dépôts déjà formés, ce que ne peut faire le carbonate de soude. Au reste, leur influence serait inutile, s'ils n'avaient pas en même temps une action diurétique.

Voilà ce que dit la théorie. Interrogeons maintenant l'expérimentation thérapeutique.

Les alcalins, surtout la potasse et la lithine, administrés à petites doses, à doses très-diluées, car l'action de l'eau est très-efficace, et surtout administrés pendant un long espace de temps, ont une action remarquable sur la goutte. Ils en éloignent les paroxysmes ; ils dissolvent quelquefois et réduisent les dépôts déjà formés, et donnent aux jointures plus de mobilité.

Le carbonate de lithine s'administre à la dose de 25 à 50 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Je l'ai prescrit moi-même jusqu'à la dose de 40 centigrammes, sans produire sur l'estomac aucun effet fâcheux.

Stricker [1] a réussi à faire disparaître des dépôts tophacés chez une femme en lui faisant prendre une imitation artificielle des eaux de Wildbad, d'après la formule suivante :

Eau chargée d'acide carbonique.............	500 grammes.
Bicarbonate de soude.......................	0gr,25
Carbonate de lithine........................	0 ,10

Cette quantité représentait la dose journalière.

M. Schutzenberger a conseillé l'emploi de l'eau chargée de protoxyde d'azote, et contenant 1 gramme de lithine par litre.

En prescrivant les alcalins d'après cette méthode, on parvient à les faire tolérer pendant plusieurs mois. Il ne se produit aucun inconvénient sérieux lorsqu'on s'en tient aux doses que nous avons indiquées.

Il faut d'ailleurs savoir les cas auxquels le traitement alcalin est applicable. Il est formellement contre-indiqué :

1° Chez les sujets d'un âge avancé ;

---

(1) *Virchow's Archiv.* Bd XXXV.

2° Chez ceux dont les reins, plus ou moins altérés, n'ont plus aucun pouvoir d'élimination ;

3° Chez les individus qui, par une idiosyncrasie particulière, supportent mal les alcalins.

Il n'est peut-être pas inutile, à ce propos, de dire que les dangers de la saturation du sang par les alcalis ont été fort exagérés, en ce qui concerne du moins le bicarbonate de soude. Mon expérience personnelle est contraire à l'opinion généralement accréditée à cet égard. J'ai administré maintes fois à des sujets atteints de rhumatisme chronique le bicarbonate de soude, à la dose, en apparence énorme, de 20 à 30 grammes, dans les vingt-quatre heures, quelquefois pendant plusieurs mois de suite ; et jamais je n'ai vu survenir en pareil cas ni l'anémie profonde, ni la *dissolution du sang*, ni les hémorrhagies multiples, auxquelles on aurait pu s'attendre d'après les idées généralement admises. Mais, pour ce qui est de la potasse à dose élevée, je n'ai point eu l'occasion d'en étudier directement les effets, et j'ignore complétement les résultats qu'elle pourrait amener.

Il nous reste à dire quelques mots des eaux minérales dans le traitement de la goutte ; c'est là le complément naturel de l'étude à laquelle nous venons de nous livrer.

D'une manière générale, les eaux chargées de principes salins précipitent les accès et déterminent la crise, qu'il faut éviter. Certes, ce n'est point là une contre-indication absolue ; mais c'est une donnée que le médecin doit toujours avoir présente à l'esprit, afin de n'être jamais pris au dépourvu par les effets du traitement qu'il a recommandé.

Les eaux, en général, sont contre-indiquées chez les malades atteints d'affections organiques du cœur et des reins.

Quant aux sources alcalines (Vals, Vichy, Carlsbad, etc.), elles paraissent avantageuses au début de la maladie chez les sujets robustes, et surtout chez ceux qui portent des affections du foie. Mais elles n'ont pas le pouvoir de dissoudre les tophus, et elles sont absolument inutiles dans la goutte chronique, à moins qu'il n'existe de la dyspepsie.

Les eaux sulfureuses (Aix-la-Chapelle), ou simplement salines (Wiesbaden), conviennent à l'état torpide, aux cas atoniques.

Il existe des eaux *indifférentes*, pour me servir d'une expression consacrée en Allemagne, à peine chargées, dans lesquelles le véritable principe actif est l'eau bue en grande quantité. Nous rangeons dans cette catégorie Wildbad, Tœplitz, Gastein, Bath, Bux-

ton et Contrexéville. Elles sont souvent utiles dans la goutte chronique. Nous avons vu plusieurs fois les eaux de Contrexéville administrées dans les cas de goutte ancienne, avec dépôts tophacés; et les résultats nous ont paru favorables.

Enfin, les eaux ferrugineuses (Pyrmont, Schwalbach, Spa) peuvent être utiles dans le cas où le fer est indiqué.

Nous nous bornons à ce court énoncé de l'action des eaux minérales dans le traitement de la goutte. S'il fallait donner une appréciation critique de tout ce qui a été décrit à ce sujet, soit par les partisans déclarés des eaux, soit par leurs adversaires, on remplirait aisément un volume. Qu'il nous suffise de dire, d'une manière générale, que, de part et d'autre, on a beaucoup exagéré.

Parlons maintenant des *toniques* et des *reconstituants*. Ils ont une action indirecte sur la goutte, en modifiant l'état de l'estomac, en combattant l'atonie et en relevant les forces. Ils sont très-utiles dans les cas de goutte asthénique.

On emploie avec succès la *décoction de feuilles de frêne* (*Fraxinus excelsior*); son emploi est recommandé par Pouget et Peyraud. On la prépare de la manière suivante :

Feuilles de frêne..........................	30 grammes.
Eau......................................	1 litre.

Faites bouillir pendant dix minutes.

Garrod a fait usage de cette infusion avec un certain succès.

On emploie aussi avec avantage la gentiane (c'est l'un des principes actifs du *Portland powder*) et le quinquina.

IV. *Traitement de l'affection locale, des tophus, et de la rigidité des jointures.* — L'exercice doit être prescrit aux goutteux; il tend à faire disparaître la rigidité; Sydenham l'avait déjà constaté.

Pour dissoudre les tophus, on peut pratiquer des lotions avec la potasse et la lithine; et, si les concrétions sont petites et superficielles, on peut ponctionner la peau pour les extraire, surtout lorsqu'elles sont demi-liquides. Mais, en général, lorsqu'elles sont larges, dures et profondes, il faut éviter toute opération; il en résulte souvent des ulcères difficiles à cicatriser; d'ailleurs, on ne doit pas oublier qu'on peut voir, sous l'influence de la moindre piqûre, survenir un érysipèle de mauvaise nature, chez les sujets goutteux atteints d'affections rénales.

Quand il s'est formé des ulcères spontanés, il est de règle de les respecter.

V. *Traitement de la goutte anomale.* — On s'accorde générale-

ment à reconnaître que lorsque la goutte est rétrocédée, surtout à l'estomac, il faut avoir recours aux révulsifs sur les articulations. Sans contester leur utilité, je ferai remarquer qu'il existe bien peu d'observations authentiques pour établir l'efficacité de ces moyens de ramener la fluxion goutteuse vers les jointures. Les stimulants, les cordiaux, l'eau-de-vie sont souvent, au contraire, suivis d'effets facilement appréciables : l'expérience paraît en avoir démontré l'utilité.

Quand il s'agit d'une goutte *mal placée* (migraines, ophthalmie, etc.), le colchique à petites doses est indiqué, d'après Watson, Holland et quelques autres auteurs. Mais c'est là une question qui nous paraît encore loin d'être résolue.

VI. *Régime diététique.* — On recommande au goutteux de prendre de l'exercice : il doit être sobre dans son alimentation, mais sans rien exagérer, car autrement il favoriserait le développement de la goutte atonique. On doit lui interdire rigoureusement la bière forte et les vins riches en alcool, mais on lui permettra les bières légères, le moselle, le bordeaux. Il pourra voyager; le changement de climat est souvent avantageux, d'après les médecins anglais ; il pourra visiter l'Inde, l'Egypte, Malte et d'autres stations dans les pays chauds : mais cela ne dispense nullement d'observer le régime.

Il faut enfin régler l'hygiène de l'esprit, combattre l'irritabilité si naturelle à ce genre de malades, éviter la tristesse, les préoccupations et les excès de travail intellectuel.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer nous forcent d'abréger la dernière partie de cet article : d'ailleurs, on peut dire que le traitement du rhumatisme articulaire chronique est encore moins efficace que celui de la goutte : nous sommes encore moins avancés sous ce rapport, et nous n'avons même pas le colchique pour combattre les accidents les plus pressants de la maladie.

Dans les cas où il y a des phénomènes d'acuité, les indications sont à peu près les mêmes que dans le rhumatisme articulaire aigu. On prescrit l'opium, le sulfate de quinine, les saignées locales, etc., quelquefois avec succès ; mais le plus souvent on est impuissant à entraver la marche progressive de la maladie.

Les alcalins à haute dose sont ici moins efficaces, d'après Garrod, qu'ils ne le sont dans le rhumatisme articulaire aigu. C'est cependant le traitement auquel j'aurais le plus de confiance, d'après mon

expérience personnelle, en le combinant au quinine. C'est là, d'ailleurs, une médication purement empirique. J'ai souvent prescrit de 30 à 40 grammes de carbonate de soude par jour, pendant plusieurs semaines, avec des résultats avantageux. Jamais je n'ai vu se produire les symptômes d'une *dissolution du sang*, comme je l'ai déjà dit, à propos de la goutte; au contraire, les malades m'ont souvent paru avoir une certaine tendance à engraisser. Par ce traitement, on arrive à leur procurer un certain soulagement pendant les exacerbations fébriles de la maladie.

La *teinture d'iode*, à l'intérieur, a été préconisée par M. le professeur Lasègue. La dose prescrite était élevée à 5 ou 6 grammes, pendant les repas, en prenant pour excipient un peu d'eau sucrée ou, de préférence, du vin d'Espagne. La médication doit être continuée pendant plusieurs semaines, et au besoin pendant plusieurs mois. Sous son influence, on n'a jamais vu survenir aucun des accidents de l'intoxication iodique (1).

L'*arsenic* a été employé par Bardsley et Jenkinson, Begbie, Fuller et Garrod, en Angleterre; par Beau et M. Guéneau de Mussy en France (2). C'est surtout contre le rhumatisme chronique siégeant sur les grosses jointures que ce médicament a été employé par Bardsley : mais les autres auteurs que nous venons de citer en ont surtout fait usage contre les rhumatismes noueux. J'ai moi-même expérimenté cette médication à la Salpêtrière, et, comme Garrod, j'ai vu l'arsenic produire quelquefois une amélioration notable, et d'autres fois échouer complétement. Je crois cependant pouvoir affirmer que l'arsenic reste sans effet ou se montre même nuisible dans les cas très-invétérés de rhumatisme noueux, et lorsque la maladie s'est déclarée dans un âge avancé.

L'un des premiers effets de l'emploi du médicament est souvent de réveiller les douleurs et de les exaspérer dans les jointures habituellement affectées. Quelquefois même la rougeur et le gonflement se manifestent là où ils n'existaient pas, et l'on peut être obligé de suspendre momentanément le traitement. Mais, en général, la tolérance s'établit au bout de quelques jours, et l'on peut alors pro-

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1856, t. II.

(2) Bardsley, *Medical Reports*, London, 1807. — Kellie, *Edinb. med. and Surg. Journal*, 1808, t. II. — J. Begbie, même journal, nº 35, may 1858. — Fuller, *On rheumatism*, 2e édit., London, 1860. — Guéneau de Mussy, *Bull. de Thérapeutique*, t. LXVII, 1864, p. 24. — Beau, *Gaz. des Hôpitaux*, 19 juillet 1864.

gressivement élever les doses. Il est avantageux, je le crois du moins, d'administrer l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler à la dose de 2 à 6 gouttes, et suivant la méthode anglaise, c'est-à-dire peu de temps après les repas.

En France, où l'arsenic a été prescrit à l'intérieur, il a été également employé sous forme de bains, par Beau et M. Guéneau de Mussy. J'ai fait moi-même usage de ce mode de traitement à l'hôpital Lariboisière, en 1861. M. Ducom, pharmacien en chef de cet établissement, a bien voulu se livrer à l'analyse de l'urine des sujets que j'avais soumis à la médication arsenicale, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Dans le premier cas, on a constaté la présence de l'arsenic dans les urines, après un court espace de temps. Dans le second, les résultats ont été constamment négatifs. Il paraît donc assez probable que ces méthodes n'agissent point de la même manière sur l'organisme, même en admettant qu'elles soient l'une et l'autre également efficaces pour combattre la maladie, ce dont je serais disposé à douter.

Il y a un autre médicament que j'ai employé dans les cas de ce genre, avec des résultats analogues à ceux de l'arsenic. C'est la *teinture ammoniacale de gaïac*, qui produit d'abord une exaspération des accidents locaux, puis une amélioration notable : la mobilité des jointures reparaît, quelquefois, au bout d'un certain temps et le malade éprouve un soulagement manifeste.

L'*iodure de potassium* a été quelquefois prescrit avec succès contre le rhumatisme chronique.

Chez les sujets chlorotiques ou débilités, le fer, l'huile de foie de morue peuvent avoir indirectement une influence utile, en modifiant l'état général.

Les moyens locaux les plus usités sont les vésicatoires, les badigeonnages avec la teinture d'iode, et le cautère actuel (pointes de feu). Ce dernier moyen est surtout utile dans la forme partielle du rhumatisme chronique.

Quant aux eaux minérales, on a conseillé le Mont-Dore, Lamalou l'Ancien, Vals, Néris, Plombières ; ces trois dernières contiennent de l'arsenic; est-ce à cette circonstance que serait due l'efficacité qu'on leur attribue?

Nous sommes loin d'avoir épuisé la longue liste des remèdes qui ont été préconisés contre le rhumatisme chronique par divers auteurs, ou que nous avons expérimentés nous-même. Nous avons cherché à mettre en lumière les moyens thérapeutiques qui nous ont paru doués de l'efficacité la plus réelle ; mais, il faut en con-

venir, le rhumatisme chronique est une affection que toutes les ressources de la médecine, dans la majorité des cas, ne parviennent pas à guérir.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'écoulement sanguin dans certaines opérations pratiquées sur la face et des moyens propres à en atténuer les inconvénients (1) ;

Par M. le professeur Verneuil.

Lorsqu'on opère sur la langue, les mâchoires, les joues, les lèvres, les fosses nasales, le sang qui coule à profusion remplit la bouche ou le nez et tombe dans le pharynx ; il provoque des mouvements d'expiration et des nausées qui interrompent à plusieurs reprises l'opération et en retardent l'achèvement. Parfois il pénètre dans les voies aériennes et occasionne des quintes de toux, voire même des accès de suffocation ; de plus, il masque la voie que doivent suivre les instruments, et par là se trouvent compromises la perfection et la rapidité de l'opération. Enfin, l'abondance menaçante de l'hémorrhagie impose souvent à l'opérateur une rapidité funeste.

Ce n'est pas tout encore : le sang qui s'écoule dans la gorge en quantité quelquefois considérable et qu'on ne peut apprécier, le sang, dis-je, est dégluti, et s'accumule dans l'estomac ; alors tantôt il est rejeté par le vomissement dans les heures qui suivent, tantôt il est lentement et laborieusement absorbé, mais dans les deux cas il fatigue extrêmement les voies digestives.

On évite tant bien que mal l'écoulement sanguin dans le pharynx en opérant le malade assis ; mais cette attitude, outre qu'elle est fatigante pour le patient et moins commode pour l'opérateur, favorise la syncope et par suite ne permet pas l'anesthésie complète.

On a essayé d'atténuer ces inconvénients en ce qui concerne l'anesthésie :

1° On endort le patient au début, pour les incisions superficielles ; mais si l'opération est longue, la sensibilité est revenue longtemps avant la fin.

2° La crainte de l'hémorrhagie a fait mettre en usage la cautéri-

---

(1) Extrait d'une communication faite à l'Académie de médecine.

sation, la ligature lente, ou extemporanée, l'écrasement linéaire, le galvano-caustique, la ligature préliminaire des artères; mais ces procédés ne sont pas toujours applicables.

J'ai cherché, de mon côté, à empêcher l'écoulement du sang dans le pharynx et à procurer au malade le bénéfice de l'anesthésie complète dans les trois circonstances suivantes : 1° dans les opérations n'intéressant que les fosses nasales; 2° dans celles qui portent seulement sur les parois de la bouche; 3° dans les mutilations plus graves qui atteignent simultanément les cavités nasale et buccale.

Dans le premier cas, je fais à l'avance le tamponnement postérieur des fosses nasales.

Dans le deuxième, je réserve, pour les dernières, les incisions qui pénètrent dans la bouche.

Dans le troisième, j'associe les deux précautions précédentes.

J'ai agi ainsi onze fois : dans cinq cas il s'agissait de tumeurs de l'aile du nez, des fosses nasales ou des cavités qui en dépendent; quatre fois j'avais affaire à des tumeurs des lèvres, des joues ou du plancher buccal Dans les deux derniers cas, l'os maxillaire supérieur était envahi, ainsi que la voûte palatine, et j'ai dû faire la résection de cette dernière dans une assez grande étendue.

Dans les deux résections partielles de la mâchoire et de la voûte palatine, j'ai tiré le meilleur parti du tamponnement; j'ai pu, sans la moindre préoccupation, employer le chloroforme et éviter l'entrée de l'air dans la gorge pendant les neuf dixièmes de la durée de l'opération, résultat qui n'est pas à dédaigner. Toutefois, je reconnais que, pour l'extirpation totale du maxillaire supérieur, le procédé laisse encore à désirer et nécessite de nouvelles études d'amphithéâtre.

Dix fois sur onze, les suites de l'opération ont été d'une extrême simplicité; la onzième opération, pratiquée dans les conditions les plus défavorables, s'est terminée par la mort le neuvième jour.

Voici l'analyse des cas dans lesquels j'ai pratiqué le tamponnement :

Obs. I, II. *Epithélioma papillaire de la face interne de l'aile du nez. — Extirpation. — Récidive. — Seconde opération sacrifiant toute la moitié de l'orifice nasal. — Tamponnement de l'arrière-narine dans les deux opérations.* — Un homme de soixante ans entra dans mon service au mois d'octobre dernier pour une tumeur, datant de quelques semaines, implantée dans la narine, près de l'orifice, et proéminant au dehors; la peau extérieure était saine.

Je pratiquai le tamponnement, administrai le chloroforme, fis

une incision préléminaire dans le sillon naso-génial, depuis la commissure postérieure de la narine jusqu'à la rencontre de l'apophyse montante du maxillaire supérieur; puis je renversai le lambeau sur la ligne médiane, et extirpai la tumeur ainsi découverte en respectant la peau, autrement dit en dédoublant l'aile du nez; enfin, je réappliquai en place le lambeau dédoublé et le fixai par quelques points de suture.

Grâce au tamponnement, l'écoulement du sang, assez considérable, se fit directement au dehors, et ne fut point gênant.

L'opération faite, le tampon fut retiré à l'aide du fil buccal.

Les suites immédiates furent très-simples; mais le mal récidiva, et, quelques semaines après, je dus recommencer l'opération, en incisant largement cette fois la face latérale du nez. Le tampon se dérangea pendant l'opération, et le malade, bien qu'endormi, fit un mouvement d'expuition et rejeta un peu de sang, mais il suffit de tirer fortement sur le fil nasal pour remettre le tampon en place.

Obs. III. *Adénome des glandes de la pituitaire occupant la partie supérieure et antérieure de la fosse nasale gauche. — Ouverture de cette cavité par la voie géniale. — Tamponnement. — Extirpation facile.* — Une femme de soixante-cinq ans présentait, au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur et de l'os unguis, une tumeur qui avait été prise longtemps pour une tumeur lacrymale, mais qui avait une origine beaucoup plus profonde. Avant d'endormir la malade, je fis le tamponnement postérieur et antérieur de la fosse nasale que je devais ouvrir.

Puis j'abordai la tumeur par une incision en Y, pratiquée dans les régions sous-orbitaire et nasale, sans intéresser la cavité buccale. L'opération fut longue. La malade était profondément endormie, dans le décubitus dorsal, la face légèrement inclinée sur le côté malade. Aussi le sang s'écoula-t-il sur la joue, ne gênant les manœuvres en aucune façon.

Le tampon postérieur fut retiré par la bouche au bout de quelques heures. Les suites furent très-simples et le rétablissement rapide.

Obs. IV. *Epithélioma de la paupière inférieure, datant de deux ans, ayant envahi la joue, la face latérale du nez, la conjonctive, la paupière supérieure, pénétrant dans l'orbite, la fosse nasale, le sinus maxillaire. — Extirpation.* — (Ce fait a été publié, en 1863, dans la thèse de M. Pugliose *sur les adénomes des fosses nasales.*)

Mme D***, trente-quatre ans, était atteinte d'un épithélioma qui

avait débuté par la paupière supérieure, et qui, irrité par des cautérisations incomplètes et des injections d'acide acétique, avait fini par envahir tous les tissus environnants.

Je commençai par faire le tamponnement postérieur de la fosse nasale. Le tampon fut assez gênant pour la malade et provoqua l'expuition de mucosités abondantes, même pendant le sommeil.

J'enlevai d'abord une large plaque de parties molles comprenant la joue, la moitié du nez, les deux paupières et le globe de l'œil.

Puis, avec la pince de Liston, le davier, le ciseau et le maillet, je rongeai successivement la branche montante, l'os propre du nez, l'apophyse orbitaire interne, la paroi interne de l'orbite, une grande partie de la masse latérale de l'ethmoïde et de l'os malaire, le plancher de l'orbite, les parois antérieure et externe du sinus maxillaire et la grande moitié du cornet inférieur. Tout cela se fit lentement, mais sûrement, car le sommeil était profond et l'hémorrhagie médiocre. Le fer rouge fut promené sur plusieurs points de cette immense plaie qui fut remplie de charpie et recouverte d'eau alcoolisée froide.

Le tampon avait été retiré à la fin de l'opération ; les suites furent d'une simplicité remarquable. Mais j'ai appris depuis qu'il y avait eu une récidive qui nécessita une nouvelle opération, pratiquée par M. Bastien.

Obs. V. *Cancer volumineux à marche rapide de la mâchoire supérieure.— Pénétration dans l'orbite, la fosse nasale et le cul-de-sac géno-gingival. — Tamponnement de l'arrière-narine et de la perforation buccale. — Suites immédiates bénignes. — Mort par érysipèle le neuvième jour.* — Un homme de quarante-huit ans était atteint d'une tumeur qui avait débuté, quatre mois auparavant, dans la fosse sous-orbitaire et avait pris le volume du poing, occupant tout l'espace entre le sourcil et la lèvre inférieure, le dos du nez et la région parotidienne ; le tégument qui la recouvrait était profondément altéré. Son centre ramolli renferme une cavité qui communique avec la fosse nasale et le vestibule de la bouche par une perforation du cul-de-sac gingival, au niveau de la première grosse molaire. L'arcade alvéolaire et les dents sont indemnes.

Je crus devoir chloroformer avant le tamponnement, espérant que l'écartement des mâchoires serait plus facile, n'étant pas douloureux. Mais je créai ainsi des difficultés considérables et faillis plus d'une fois être mordu en essayant d'écarter les mâchoires.

En outre, je m'aperçus que, pour être efficace, le tamponnement devait être très-méthodiquement exécuté.

En effet, le tampon, de forme cylindrique, appliqué contre l'orifice elliptique de la fosse nasale, laissait libre un petit espace par lequel l'air put pénétrer dans la narine et le sang dans le pharynx. Aussitôt le malade, parfaitement endormi et immobile jusque-là, s'agita ; le pouls devint rapide et irrégulier ; la respiration se suspendit. Je me hâtai de boucher l'ouverture d'abord avec mon doigt, puis avec un petit bourdonnet de charpie, et je percutai la région épigastrique pour réveiller les mouvements respiratoires.

L'écoulement de sang fut peu considérable, ce qui tint en partie à la précaution prise de lier au fur et à mesure les vaisseaux ouverts et de comprimer successivement avec de la charpie tous les points où l'instrument n'agissait pas; mais la cause principale de cette économie de sang doit être attribuée à l'anesthésie.

J'avais pu déjà me convaincre, dans une opération antérieure, que la douleur, l'agitation, les cris du malade, amenaient la turgescence de la face et activaient l'hémorrhagie ; tandis que l'anesthésie diminuait l'écoulement sanguin et faisait pâlir l'opéré. D'où cette conclusion : l'anesthésie dans les opérations sur la face n'est point seulement agréable au malade ; elle lui est très-utile, en diminuant beaucoup la perte de sang.

La pénétration du sang dans la gorge agit comme les efforts et les cris ; elle provoque l'expectoration, les nausées, le vomissement, la gêne croissante des mouvements respiratoires, parfois la suffocation.

D'où cette autre conclusion : le tamponnement arrête l'hémorrhagie indirectement, en permettant l'administration du chloroforme, et directement, par la suppression des mouvements réflexes qui font affluer le sang au visage.

J'ai recherché si d'autres, avant moi, avaient employé les procédés que je propose, et voici ce que j'ai trouvé :

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 16 octobre 1862, page 472, M. Edouard Fournier raconte que pour enlever un polype muqueux il le ramena en avant à l'aide d'un bourdonnet de charpie, introduit dans l'arrière-narine, à l'aide de la sonde de Belloc, comme lorsqu'on pratique le tamponnement des fosses nasales.

Mais d'abord cette opération avait un but particulier, qui n'était pas d'empêcher l'hémorrhagie ; et comme d'ailleurs j'avais pratiqué, le 12 mars de la même année, et publié le 15 avril, cette opération, à laquelle j'avais songé depuis longtemps, la seule comparaison des dates prouve que je n'ai pu imiter M. Edouard Fournier.

M. Pugliose, parlant incidemment de la manœuvre en question,

dit à la page 12 de sa thèse : « L'idée de ce tamponnement est de date récente. M. Gosselin l'a appliqué déjà ; mais nous ne saurions dire quel fut l'opérateur qui l'a proposé le premier. »

Je n'ai pu retrouver la trace du fait de M. Gosselin. J'ignore donc s'il est antérieur au 12 mars 1862. M. Gosselin pourra nous en instruire.

Aux cinq faits précédents, j'en pourrais joindre encore deux autres où j'ai pratiqué également le tamponnement préalable ; mais ils sont beaucoup plus compliqués, car il a fallu ouvrir largement la cavité buccale.

Je termine en posant les conclusions suivantes :

1° Réservé jusqu'à nos jours à l'arrêt des hémorrhagies nasales graves, le tamponnement postérieur doit compter désormais parmi les opérations préliminaires et les procédés de l'hémostase opératoire ;

2° Il rend de signalés services dans les opérations sanglantes pratiquées sur l'auvent nasal, l'intérieur des fosses nasales, le sinus maxillaire, les parties élevées de la mâchoire supérieure; dans tous les cas, en un mot, où le sang menace de s'introduire dans le pharynx ;

3° Il prévient absolument cette introduction tant que la voûte palatine est respectée ; mais alors même qu'il devient nécessaire d'entamer cette dernière, il doit être encore appliqué dans le premier temps de l'opération ;

4° En supprimant l'écoulement sanguin postérieur et les actions réflexes qui en résultent, le tamponnement donne au chirurgien une grande sécurité et permet d'agir sûrement, lentement, sans crainte d'une hémorrhagie d'ailleurs facile à dominer;

5° Il rend possible l'anesthésie complète pendant toute la durée de l'opération ;

6° Cette anesthésie elle-même est très-favorable à l'opéré, non-seulement parce qu'elle abolit la douleur, mais encore parce qu'en supprimant toutes les causes de congestion subite de la face, elle diminue par l'écoulement du sang veineux à la surface de la plaie;

7° Autant que possible, le tamponnement doit être fait avant l'administration du chloroforme, parce que le concours du malade est utile : la douleur qu'occasionne cette petite opération est d'ordinaire assez médiocre, et bientôt dissipée d'ailleurs par les inhalations qui suivent;

8° Avant de procéder à l'opération, il faut s'assurer de l'occlusion complète de l'arrière-narine, si l'on veut en obtenir le bénéfice.

Aussitôt l'extirpation faite, et dès que la plaie cesse de fournir du sang, le tampon doit être retiré, sa présence après le réveil gênerait le malade sans avantage sérieux;

9° Si la cloison était perforée, ou si l'opération devait intéresser les deux fosses nasales, il faudrait faire le double tamponnement;

10° L'occlusion de l'arrière-narine pourrait être faite par l'ouverture antérieure, si l'aile du nez était détruite et s'il s'agissait, par exemple, de rhinoplastie.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules thérapeutiques;

Par le docteur DE SAVIGNAC.

Potion nervine.

Ether	2	grammes.
Hydrolat de menthe	20	—
— de fleur d'oranger	40	—
— de mélisse	60	—
Sirop de Tolu	30	—

Une cuillerée à bouche, de dix en dix minutes, puis à intervalles de plus en plus éloignés à mesure que l'état nerveux s'apaise. Si cet état persiste, on renouvelle la potion. S'il offre des proportions considérables, on double la dose d'éther.

Il est remarquable combien les trois hydrolats mentionnés ci-dessus, soutiennent et développent, surtout par leur association, l'action antispasmodique et calmante de l'éther. Le sirop de Tolu, qui possède aussi quelques propriétés antispasmodiques, édulcore de la manière la plus agréable ce mélange qui plait généralement par sa saveur et par son parfum, ce qui n'est pas à dédaigner pour les sujets délicats et nerveux auxquels il est destiné, et dont les sensations ne doivent pas être choquées, sous peine de voir souvent s'exaspérer, au contraire, les accidents qu'il s'agit de combattre.

Cette potion, que j'ai mille fois prescrite, avec un succès, absolu ou relatif, presque constant, peut s'appeler aussi bien *antispasmodique* que *nervine*. Je préfère néanmoins ce dernier nom, qui la désigne mieux, parce que, tout en ayant son opportunité sur toute la ligne des spasmes, depuis les plus légers jusqu'aux plus accentués, elle convient cependant de préférence contre les *maux de nerfs*,

contre les manifestations variées et protéiformes d'états névropathiques, tels que la mobilité nerveuse, les vapeurs, anxiétés, agitations, inquiétudes, agacements, malaises, avec participation plus ou moins intime du moral à ces aberrations nerveuses aussi faciles à sentir et à reconnaître que difficiles à dénommer. Ceux et surtout celles qui *ont leurs nerfs* pourront trouver en ce remède un calmant efficace. Il pourra aussi amortir ces contre-coups des peines morales, des troubles émotifs, qui retentissent plus ou moins vivement sur le système nerveux. Enfin, il est susceptible de chasser l'insomnie, soit indirectement, en apaisant les excitations nerveuses qui entravent le sommeil, soit directement et par suite des propriétés hypnotiques de l'éther, propriétés qu'il partage avec son congénère en thérapeutique, le chloroforme, et qui, trop peu connues, devraient être plus souvent mises à profit.

Potion névrosthénique.

Alcoolat de mélisse........................	20	grammes.
— de menthe........................	10	—
Hydrolat de cannelle........................	80	—
Sirop de quinquina au vin..................	40	—

Cette potion est antispasmodique comme la précédente; mais elle imprime au système nerveux un degré plus élevé de stimulation. Elle convient, par conséquent, lorsque l'état nerveux se complique de faiblesse ou en provient. Ainsi, par exemple, l'ataxo-adynamie, si fréquente dans les fièvres graves, et qui nous offre dans son expression la plus accusée ce mélange de faiblesse radicale et d'accidents nerveux, peut être avantageusement combattue par le remède dont nous venons de donner la formule. Partout ailleurs, et à un degré moindre, lorsque les spasmes ou tous autres phénomènes névropathiques sembleront jaillir d'un fond de débilité organique accidentelle, l'union, dont nous présentons un spécimen, de stimulants diffusibles avec le quinquina soutenu par le vin se trouve rationnellement indiquée. Les anémiques, les chlorotiques surtout, à un moment de malaise nerveux, de spasme, de défaillance, useront avec avantage de cette potion qui, à ses propriétés antispasmodiques, joint aussi quelques propriétés cordiales.

Les douleurs que certains sujets, gastralgiques ou dyspeptiques, éprouvent dans les organes digestifs, soit pendant le jeûne, soit pendant le travail de la digestion, sont souvent calmées par cette potion ou par la précédente.

Potion cordiale.

Teinture de cannelle	10	grammes.
Vin de Malaga	60	—
Hydrolat de menthe	30	—
— de mélisse	30	—
Sirop d'écorces d'oranges amères ou de gingembre	20	—

Un bon cordial doit déterminer immédiatement un sentiment de refocillation intérieure, s'irradiant bientôt à la périphérie, et stimuler, en même temps , ou réveiller même, s'il le faut, l'action du cœur et de l'estomac.

La potion ci-dessus réunit ces conditions, et elle a l'avantage de pouvoir être préparée instantanément avec des ingrédients qui se trouvent dans toutes les pharmacies. L'indication des cordiaux est souvent fort pressante, comme dans le cas de syncope, d'asphyxie par le froid ou par les gaz délétères, et la prescription du médecin doit être accomplie sans retard. Si même on n'avait pas le temps de courir à une pharmacie, il serait bon d'avoir sous la main et d'administrer sur l'heure un vin généreux, et surtout l'élixir ou la liqueur verte de la Grande Chartreuse, breuvages que l'on donnerait étendus d'eau ou purs, selon la dose de stimulation qu'il importerait de développer.

Si l'on a du temps devant soi, on pourra préparer une décoction de quinquina, dans la proportion de 2 grammes d'écorce pour 100 d'eau, et substituer cette décoction aux hydrolats de menthe et de mélisse; l'effet tonique de la potion en deviendra plus durable; cet effet sera encore mieux obtenu en remplaçant le vin d'Espagne par le vin de quinquina.

L'édulcoration par le sirop d'écorces d'oranges amères, ou par le sirop de gingembre, dont les préparations, très-usitées en Angleterre, le sont trop peu en France, contribue beaucoup à réconforter l'estomac et à ranimer l'action digestive, soit que celle-ci ait été entravée par une cause dépressive fortuite, soit qu'elle ait besoin d'être excitée avant l'ingestion d'aliments réparateurs, complément des cordiaux, à moins d'indications spéciales qui nécessiteraient une abstinence temporaire.

Un bon *vin chaud* conviendra particulièrement dans les asphyxies par le froid et par submersion ; nous recommandons de l'aromatiser avec la teinture de cannelle ou tout au moins avec l'écorce de cannelle : considérant du reste ce médicament, l'un des cordiaux

les plus sûrs et les plus actifs, comme un élément obligé de toute formule de ce genre.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

A monsieur le Rédacteur en chef du BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

MON CHER AMI,

Les deux très-intéressantes publications de MM. Demarquay et G. Voelker sur l'*action thérapeutique de l'iodoforme*, que vous avez données cette année dans le *Bulletin*, m'ont rappelé que, depuis assez longtemps déjà, je vous avais annoncé une note sur ce sujet. Mais des occupations multipliées m'ayant empêché et m'empêchant encore de réaliser convenablement ce projet, je me borne aujourd'hui à vous envoyer sur ce sujet quelques indications sommaires, qui ne seront peut-être pas sans quelque intérêt pour vos lecteurs.

Chargé temporairement, en 1866, du service de M. Lailler à l'hôpital Saint-Louis, j'avais été conduit, sur les indications de ce savant médecin, à employer l'iodoforme *finement pulvérisé* en *applications* à la surface des *plaies à cicatrisation lente*, des *ulcérations vénériennes*, *syphilitiques*, et notamment du *chancre mou*, et des *ulcérations cancéreuses*. La première application fut faite par moi, avec le concours de M. Serres, interne du service, sur des chancres mous du gland, et sur des chancres d'inoculation faits à la cuisse. La douleur assez vive dont ces plaies étaient le siége fut manifestement calmée par les applications iodoformées, et la cicatrisation s'opéra avec une rapidité qui nous parut très-remarquable. Peu après, sur une malade du même service, je fis recouvrir, *tous les jours*, de poudre d'iodoforme une *vaste* ulcération bourgeonnante étendue à toute la surface d'un sein cancéreux. Cette fois encore, aucun accident local ou général ne suivit cette pratique, et malgré les conditions particulièrement défavorables de ce cas particulier, un travail manifeste de cicatrisation parut commencer; mais je n'ai pu poursuivre assez longtemps l'expérience pour me rendre un compte exact de la valeur de ce fait. Peu après encore, j'eus occasion de voir à ma consultation un jeune homme atteint d'un chancre mou du gland, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, malgré un traitement local approprié. Pendant une semaine je me bornai

à l'expectation, puis, après avoir constaté l'absence totale de travail de cicatrice, je fis faire des applications biquotidiennes de poudre d'iodoforme, sous l'influence desquelles la cicatrisation se termina avec rapidité, en l'absence de toute autre médication. J'ai, depuis, saisi toutes les occasions qui se sont présentées d'avoir recours au même procédé, et il m'a toujours paru, dans ces conditions, que l'iodoforme avait pour résultat de calmer la douleur et de hâter le travail de cicatrisation.

Ce serait assurément une prétention déplacée de vouloir tirer de ces faits une conclusion formelle; mais, comme il s'agit d'un moyen inoffensif dont tout le monde peut faire chaque jour l'essai, il me paraît utile de le faire connaître et d'ajouter que je me propose, le cas échéant, de tenter l'emploi de l'iodoforme en poudre dans diverses affections des *muqueuses*, et notamment des muqueuses nasales, pharyngées, et vaginales; dans les cas d'*ulcérations cancéreuses* de *l'utérus* ou *d'autres régions*; *d'ulcères* variqueux, typhoïdes, etc., de la peau, etc.

Voici maintenant le *procédé* d'application : l'iodoforme, *réduit en poudre très-fine*, est déposé à la surface de la plaie, préalablement nettoyée et abstergée, soit avec les doigts, soit avec une spatule, qui sert, en outre, à la faire adhérer et à la tasser en quelque sorte, quand il s'agit de plaies petites et profondes. On en assure ensuite le maintien par un moyen approprié à la région; — pour la peau, un linge glycériné; pour le gland, soit un peu de baudruche gommée, soit du papier joseph imbibé légèrement d'eau gommée (le papier à cigarettes convient parfaitement à cet usage et c'est le moyen de contention qu'employait mon interne M. Serres chez le malade dont j'ai parlé plus haut); etc. Quand il s'agit de plaies de petites dimensions et situées dans des régions spéciales, comme les ulcérations du gland, l'application de la poudre devra être renouvelée aussi souvent qu'il sera nécessaire pour maintenir son action en permanence. Pour les ulcérations du col de l'utérus, les applications se feront *par insufflation*, et la contention, au moyen d'un tampon de charpie sèche. Quant aux applications à faire pour les ulcérations des fosses nasales ou de la gorge, ce sera aussi par l'insufflation, mais à dose moindre évidemment, et peut-être l'iodoforme pourra-t-il être alors avec avantage associé à quelque autre poudre, telle que la poudre de bismuth, par exemple.

Actuellement et jusqu'à démonstration contraire, je pense que c'est surtout l'iodoforme *en poudre*, mélangé ou non à d'autres substances pulvérulentes, qui constitue la préparation à adopter;

et que l'indication spéciale du médicament réside dans l'existence de plaies *ulcéreuses* plus ou moins *anciennes*, douloureuses ou non, et *ayant pour caractère commun l'absence ou l'insuffisance du travail de cicatrisation.*

Dr Ernest BESNIER,
Médecin des hôpitaux.

Paris, 19 décembre 1867.

BULLETIN DES HOPITAUX.

DEUX OBSERVATIONS DE MORT PAR LE CHLOROFORME. — Les deux faits suivants, qui ont été communiqués à la Société de chirurgie, montrent que l'emploi des anesthésiques ne doit être employé qu'avec la plus grande réserve chez les personnes qui présentent quelque trouble ou quelque lésion de l'appareil respiratoire. Souvent les symptômes passent inaperçus ou bien le malade ne raconte pas les phénomènes morbides qu'il a présentés, et le médecin ne saurait être accusé d'imprudence, c'est ce qui est arrivé dans ces deux cas; mais on ne saurait trop être sur ses gardes.

La première observation est due à M. Després, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

Obs. I. Marie M***, née à Saint-Florentin (Yonne), âgée de dix-neuf ans, couturière, atteinte de végétations de la vulve et du vagin, survenues à la suite d'une vaginite et d'excoriations de la vulve; d'une constitution assez bonne, ayant le teint mat et un peu violacé, n'ayant jamais rien présenté d'extraordinaire du côté de la poitrine, a été endormie, une première fois, sur sa demande, pour se faire opérer de ses végétations, le 24 juillet dernier. L'anesthésie a été obtenue assez facilement et rien de particulier n'a été noté, si ce n'est que la malade a prononcé, pendant son réveil et avec volubilité, le mot *zap*, ce qui était une variété d'aphasie. La malade, réveillée, voulut retourner seule à son lit.

Des végétations ayant repoussé rapidement, M. Després les coupa à deux reprises, un petit nombre à la fois et sans chloroformer la malade. Mais celle-ci, très-pusillanime d'ailleurs, se refusa à se prêter aux excisions partielles et demanda avec insistance à être endormie de nouveau.

Le 14 août, huit jours après la cessation de ses règles, la jeune fille vint pour se faire opérer et monta sur le lit au spéculum, où elle s'est couchée dans une position horizontale, les pieds reposant sur les pédales du lit.

L'externe du service donna le chloroforme à la malade; il versa sur une compresse pliée en quatre quelques gouttes de chloroforme,

de façon à faire sur ce linge une tache de l'étendue d'une pièce de cinq francs, puis il promena la compresse au-devant du nez et de la bouche de la malade à une distance de 3 centimètres. Il n'y avait pas une demi-minute que la malade respirait ainsi, qu'elle se mit à trépigner. M. Després fit aussitôt suspendre le chloroforme. A ce moment, le pouls battait bien, la respiration se faisait. Tout à coup, la malade rendit ses urines, sa face se congestionna et la respiration se suspendit. Aussitôt de l'eau fut jetée sur le visage de la malade, pendant que le chirurgien attirait la base de la langue en avant et plaçait la tête de la malade en bas. Une respiration fut enfin obtenue, puis tout s'arrêta encore. Comme la face était violacée, M. Després replaça la malade sur le lit et pratiqua la respiration artificielle par des pressions méthodiques sur le thorax. Une nouvelle inspiration, plus profonde que la première, eut lieu, puis une seconde, et la face devenait un peu moins violacée, mais le pouls ne reparaissait pas. Grâce à la respiration artificielle, la tête étant en bas ou reposant sur le lit, quatre respirations furent encore obtenues en huit minutes. Malgré tous les efforts continués pendant plus d'une demi-heure, le refroidissement des extrémités est survenu et la mort s'est confirmée. L'insufflation de bouche à bouche a été tentée sans succès.

Le chloroforme, analysé par M. Morin, pharmacien en chef de l'hôpital, a été trouvé très-pur.

J'ai pratiqué moi-même l'autopsie de ma malade.

Il résulte de cette autopsie que la malade a présenté les caractères anatomo-pathologiques de l'asphyxie. Que la congestion pulmonaire ou la congestion cérébrale ait précédé l'une ou l'autre, il importe peu; l'anesthésie chloroformique procède toujours de la même façon, en congestionnant les poumons et le cerveau à la manière des vapeurs alcooliques. Les choses se sont passées dans cet ordre chez notre malade; mais, comme il s'agissait d'une femme atteinte de diverses lésions qu'on peut rapporter à une leucocythémie, comme il y avait un cœur graisseux et une compression exercée sur un pneumo-gastrique au niveau du plexus pulmonaire, on conçoit que lorsqu'il a fallu résister aux effets du chloroforme, le cœur de la malade et même son sang se soient trouvés impuissants. Et cela nous explique pourquoi nous n'avons pu produire que quelques mouvements respiratoires. Enfin, pour donner la raison de la mort de la malade le 14 août plutôt que le 24 juillet, époque de la première anesthésie chloroformique, à défaut d'invoquer la chaleur excessive qu'il a fait le 14 août, je dirai que l'on reconnaît l'existence de dispositions journalières qui permettent de tolérer un jour ce qu'on ne peut supporter le lendemain, que ce soit du chloroforme, de l'iode ou de la belladone, et que, jusqu'ici cependant, rien n'indique les mutations quotidiennes des dispositions individuelles contre lesquelles on ne peut pas se mettre en garde.

Le second cas s'est produit dans le service de M. Broca.

Obs. II. Le nommé Joseph B***, âgé de dix-sept ans, entra, le

20 octobre 1865, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Christophe, n° 13, pour se faire opérer d'une tumeur du cou.

Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, et située sur la ligne médiane antérieure du cou, en avant et au-dessus du larynx, avait paru quatre ans auparavant et depuis lors avait fait des progrès continuels.

Je diagnostiquai un kyste sébacé profond, adhérent à la membrane thyroïdienne; ces sortes de tumeurs, renfermant de la graisse et des poils, récidivent constamment lorsqu'on les traite par toute méthode autre que l'extirpation. L'extirpation fut donc résolue (31 octobre 1866).

Prévoyant toutefois le cas où mon diagnostic serait inexact et où le kyste serait séreux, j'avais fait préparer les instruments nécessaires pour l'injection iodée et je fis tout d'abord une ponction avec un court trocart. Il ne sortit que de la matière sébacée, et retirant aussitôt le trocart, je me mis en mesure d'endormir le malade pour procéder à l'extirpation. J'administrai moi-même le chloroforme; mais la ponction préliminaire, en détournant mon attention sur la question de diagnostic, m'avait malheureusement fait négliger la précaution que je prends toujours d'ausculter le cœur avant de donner le chloroforme.

Dès que le sommeil fut obtenu, je commençai l'opération et, quoique l'opéré s'agitât quelque peu, je pus disséquer, sans trop de difficulté, toute la surface antérieure et latérale de la tumeur. Mais, au moment où je me disposais à disséquer sa face profonde, l'opéré se souleva violemment, lutta avec nous en vociférant, et rendit impossible, pendant quelques instants, la continuation de l'opération. Lorsqu'il fut un peu plus calme, je dis à mes aides de le maintenir, et je voulus donner les quelques coups de bistouri qui devaient terminer l'opération; mais l'excitation du chloroforme avait décuplé ses forces, et au premier coup de bistouri, il recommença la lutte. Il s'en fallait de si peu que l'opération fût terminée qu'il me répugnait d'administrer de nouveau le chloroforme; j'invitai donc mes aides à redoubler d'énergie, et d'un dernier coup de tranchant, j'achevai la dissection de la tumeur.

Aussitôt, une énorme veine, située à la partie inférieure de la plaie, donna du sang en abondance, et je me disposais à saisir ce vaisseau, sur lequel un interne avait mis le doigt, lorsque tout à coup l'opéré, bondissant sur sa couche, malgré les aides qui l'entouraient, se dégagea de nos mains. Les efforts qu'il faisait augmentaient l'intensité de l'hémorrhagie, que nous ne pouvions arrêter qu'en appliquant un fil sur la veine, opération que l'agitation de l'opéré fit échouer plusieurs fois. Le sang coulait toujours rapidement, et si j'avais attendu que le calme fût rétabli pour lier le vaisseau, l'hémorrhagie aurait pu devenir mortelle. Je me décidai donc à ramener l'immobilité par l'administration d'une nouvelle dose de chloroforme. Comme la première fois, je tins moi-même la compresse sous le nez de l'opéré. Au bout de quelques aspirations, les contractions musculaires devinrent moins fortes; un aide put remettre le doigt dans la plaie et arrêter le sang en comprimant la

veine béante, et lorsque enfin le sommeil fut revenu, je pus procéder à la ligature de la veine.

J'aperçus aisément, dans la partie profonde et inférieure de la plaie, l'orifice de ce vaisseau, que je saisis avec une pince; mais ma pince n'ayant saisi que l'un des bords de la veine, qui était plus grosse qu'une plume à écrire, la traction que j'exerçai pour donner prise à la ligature rendit l'ouverture béante. Or, cette région est une de celles où les chirurgiens craignent l'introduction de l'air dans les veines. Je me hâtai donc de lâcher prise en disant à l'aide: Gare l'air! — Il mit aussitôt le doigt sur l'ouverture de la veine, et lorsque, sur un signe que je lui fis, il ôta son doigt, je pus, avec une grosse pince, saisir d'un seul coup tout le vaisseau, sur lequel une ligature fut ensuite pratiquée sans difficulté.

Le jeune homme respirait bien, le pouls était toujours bon, le sang ne coulait plus; j'épongeai la région du cou, et je me disposai à faire le pansement, tout en disant aux élèves combien j'avais craint que l'air ne s'introduisît dans les veines; plusieurs minutes s'étaient déjà écoulées depuis que l'inhalation du chloroforme avait été suspendue, lorsque tout à coup l'aide que j'avais chargé d'explorer le pouls, et qui avait tenu constamment le doigt sur l'artère radiale, s'écria que les battements venaient de s'arrêter subitement. La respiration, pourtant, continuait encore : nous eûmes recours immédiatement à tous les moyens excitants usités en pareil cas : flagellations, eau froide projetée sur le visage, frictions sur les membres. Ce fut en vain; la respiration se ralentit et s'arrêta au bout de quelques instants. Nous pratiquâmes la respiration artificielle à l'aide de pressions alternant avec des insufflations bouche à bouche, puis avec des insufflations au travers d'un tube introduit dans le larynx. Pendant ce temps, on préparait une pile qu'on avait dû aller emprunter dans un service de médecine. La galvanisation du diaphragme produisit des inspirations assez étendues; à plusieurs reprises le corps parut se ranimer; il y eut même quelques inspirations spontanées qui nous donnèrent un peu d'espoir, mais peu à peu les muscles respirateurs perdirent leur force, et après avoir maintenu pendant plus d'une demi-heure la respiration artificielle, j'eus la douleur de constater que la mort était définitive. Il s'était écoulé environ trois quarts d'heure depuis que le pouls radial avait cessé de battre.

Les phénomènes que je viens de décrire me parurent devoir être attribués à l'introduction de l'air dans les veines plutôt qu'à l'action du chloroforme. J'étais peut-être influencé, dans cette appréciation, par le souvenir de l'émotion que j'avais éprouvée en voyant une grosse veine devenir largement béante au fond d'une plaie du cou. Mais ce qui me portait surtout à admettre ce diagnostic, c'était la circonstance que les accidents s'étaient produits tout à coup, plusieurs minutes après la cessation de l'inhalation du chloroforme, à un moment où tout paraissait rentré dans l'ordre. J'inscrivis donc sur la feuille du décès, comme cause probable de la mort : « Introduction de l'air dans les veines pendant une opération pratiquée sur la région cervicale. »

Mais cette opinion fut réfutée par les résultats de l'autopsie. Le cœur ne renfermait pas de sang spumeux; il n'y en avait pas davantage dans les divisions de l'artère pulmonaire. Il n'y avait de caillot, ni dans le cœur droit, ni dans le cœur gauche.

Dès lors, je dus renoncer à ma première explication, et inscrire comme cause de la mort, sur la feuille de statistique, l'inhalation du chloroforme.

L'examen du cœur montra que la valvule mitrale était le siége d'un épaississement notable; elle ne paraissait cependant pas insuffisante.

Le lendemain de la mort de cet opéré, la religieuse de la salle m'apprit qu'il était sujet à des attaques de défaillance qui lui faisaient perdre tout à coup connaissance, et qui étaient probablement des syncopes. Il avait eu une de ces attaques dans l'hôpital, pendant les dix jours qui précédèrent l'opération. Il se promenait tranquillement dans le jardin, lorsqu'il se sentit faillir tout à coup; il saisit le bras d'un voisin, mais il ne put garder l'équilibre, et s'affaissa en perdant connaissance. Ce détail ne me fut malheureusement pas indiqué. Si je l'eusse connu, je n'aurais pas eu recours à l'emploi du chloroforme. J'appris en outre que l'opéré, quoique âgé seulement de dix-sept ans, avait déjà des habitudes alcooliques, et cette circonstance expliquait sans doute l'excitation excessive qu'avait produite l'inhalation de l'agent anesthésique.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'antagonisme de la strychnine et de la fève de Calabar. Nous avons rapporté [1], d'après la *Lancet*, deux observations de tétanos traumatique, guéris par la fève de Calabar, dues au docteur Eben Watson de Glasgow. Quelque temps après, le même auteur publia dans le *Journal d'Edimbourg*, sur l'action physiologique de la fève de Calabar, un travail qui ne passa point inaperçu, et M. Fonssagrives l'a traduit tout récemment dans la *Gazette hebdomadaire*. C'est un extrait de cette traduction que nous donnons à nos lecteurs.

La fève de Calabar agit énergiquement sur la moelle épinière, dont elle déprime les fonctions et diminue la polarité (sensibilité réflexe). Quand les animaux sont sous son influence, ils perdent l'aptitude à exercer des mouvements volontaires, et les mouvements réflexes sont faibles ou nuls. Il faut remarquer que la fève de Calabar produit la mort par asphyxie comme le tétanos, mais celle-ci n'est pas due toujours, comme dans le tétanos, à une rigidité contracturale des muscles de la respiration; elle est souvent le résultat d'une paralysie de ces muscles, aussi bien que d'une paralysie du cœur.

La fève de Calabar semble être en antagonisme formel avec le tétanos et le strychnisme, non-seulement au point de vue de ses effets immédiats, mais aussi des effets consécutifs sur l'appareil locomoteur. Au lieu d'une polarité accrue de la moelle, nous trouvons une polarité amoindrie; au lieu d'une excitation musculaire, nous trouvons une paralysie. Les expériences faites par M. Watson sur les animaux montrent qu'il ne s'agit pas d'un fait d'antagonisme chimique, résultant de l'action de deux substances l'une sur l'autre, mais d'un fait d'antagonisme physiologique.

L'antagonisme de la strychnine et de la fève de Calabar est réciproque, l'un de ces poisons empêche l'action de

[1] Tome LXXII, p. 272.

l'autre, et le plus puissant des deux poisons est, à un moment donné, celui qui domine le mieux le système nerveux. La strychnine est beaucoup plus active que la fève de Calabar, d'où la nécessité pratique de ne jamais laisser éteindre l'action de la fève de Calabar quand on l'administre dans un empoisonnement par la strychnine; il faut la soutenir même quand les accidents convulsifs paraissent refrénés. Tout l'art consiste à graduer les doses du contre-poison de manière à développer les effets utiles et à éviter les effets toxiques qui lui sont propres.

Dans quelques expériences, l'action toxique de la strychnine a été tellement énergique, qu'elle n'a pu être neutralisée par la fève de Calabar, et il est bien évident que dans un certain nombre de cas de tétanos on constatera la même insuffisance de ce médicament. Néanmoins, il faut reconnaître qu'entre tous les médicaments opposés au tétanos, la fève de Calabar est encore celui qui donne les plus belles espérances.

Comme on a soupçonné que la fève de Calabar pouvait avoir, comme la digitale, des effets d'accumulation, il faut admettre la possibilité du fait et ne pas trop presser les doses.

Il faut donc, chez l'homme, veiller à ne pas donner une nouvelle quantité du médicament avant que les effets de la dose précédente ne se soient dissipés; le secret du succès, dans un traitement semblable, sera évidemment de bien saisir l'opportunité de répéter les doses, de façon à maintenir le malade sous l'influence du médicament, mais en évitant les effets toxiques de celui-ci.

Le temps que met la fève de Calabar à agir chez l'homme dépend de la dose. Plus elle est forte, plus rapide est l'action, et *vice versâ*. De petites doses, telles que cinq minims de teinture, exigent environ vingt minutes avant que leur action se fasse sentir; cette action se prolonge une demi-heure, puis elle cesse; il faut donc renouveler les doses de quarante en quarante minutes, si l'on veut que l'action du médicament soit permanente. Sur ce point, le médecin n'a d'autre guide que son jugement, car on ne saurait formuler de règles. Je dois faire remarquer, cependant, que la fève de Calabar étant l'antidote du tétanos, ses doses, comme quantité et comme durée, doivent se proportionner à la gravité particulière de chaque cas.

Pour terminer, je dirai que dans les cas où la fève de Calabar dépasse son action utile, les meilleurs moyens à employer sont : l'enlèvement des mucosités de la bouche et de l'arrière-gorge, l'établissement de la respiration artificielle par la méthode Sylvestre; l'électricité appliquée sur le trajet des nerfs phréniques et des cataplasmes sinapisés placés sur la colonne vertébrale auront leur utilité; enfin, tant que le malade pourra avaler, il conviendra de lui donner des boissons stimulantes. (*Gazette hebdomadaire.*)

Opération de splénotomie (ablation d'un kyste splénique et extirpation complète de la rate hypertrophiée); guérison. Cette opération, aussi remarquable par l'habileté, le sang-froid et l'heureuse audace qui ont présidé à son exécution, que par ses résultats, a été pratiquée par M. le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux, le 6 septembre dernier, au couvent des Augustines de la rue de la Santé, sur une jeune fille de vingt ans, nommée Adèle Cercily.

C'est à une erreur de diagnostic, erreur certainement inévitable d'après les symptômes et les signes observés, que la jeune malade doit, selon toute probabilité, d'être guerie d'une maladie qui, abandonnée à elle-même, l'eût infailliblement conduite au tombeau. M. Péan, en effet, n'eût vraisemblablement pas opéré, s'il eût connu la nature et le siége réels de la tumeur; mais il croyait à l'existence d'un kyste ovarique multiloculaire, et ce fut dans cette persuasion qu'encouragé par ses succès antérieurs (cinq sur six cas d'ovariotomie pratiquée dans l'intérieur de Paris), il se décida à cette opération. Nous reproduisons l'observation donnée par notre confrère, en nous bornant à en abréger un peu les détails

Après l'administration du chloroforme (lequel détermina à plusieurs reprises dans le cours de l'opération des vomissements qui furent une complication sérieuse), une incision fut faite, par couches successives, sur la ligne médiane, de l'ombilic au pubis; quatre ligatures durent être posées; le péritoine fut incisé sur la sonde cannelée, et il ne sortit de sa cavité aucun liquide.

Les bords de l'incision étant écartés, la face antérieure de la tumeur apparut, fortement appliquée contre la paroi abdominale, et recouverte de l'épiploon partout adhérent, à travers lequel

il fallut se résoudre à pratiquer la ponction; cette ponction, faite avec un trocart de fort calibre, donna issue à trois litres de liquide épais, visqueux, d'un brun jaunâtre.

La tumeur ainsi diminuée de volume, la main put être introduite dans la cavité péritonéale, et aller détacher l'épiploon de ses adhérences au bassin et à la tumeur, à l'aide de quelques tractions, lesquelles ne déterminèrent qu'une effusion de sang qui s'arrêta sans application de ligatures. Ce fut à ce moment que le chirurgien, cherchant du côté de l'ovaire la situation du pédicule ou la base d'implantation du kyste, reconnut que celui-ci était complètement indépendant, dans toute sa partie inférieure, des organes contenus dans la cavité pelvienne; il en était de même par rapport au mésentère et au rein, comme le démontra un nouvel examen dirigé vers ces parties.

Arrivé à ce point, afin de pouvoir pousser plus loin l'exploration, il fallut agrandir l'incision, qui fut prolongée sur le côté gauche jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Cela permit d'amener dans l'angle supérieur de cette incision la portion du kyste constituant la poche évacuée par la ponction; elle contenait encore du liquide. Pour la vider complètement et pour faciliter l'extraction, la partie la plus amincie de la paroi de cette poche fut excisée, et elle put être attirée au dehors.

On fut alors frappé de l'aspect de ce kyste, de sa couleur insolite, de la nature du tissu qui en constituait les parois. Bientôt nul doute ne fut plus possible : l'exploration qui conduisit la main, à la recherche des points d'implantation du kyste, jusque dans l'excavation diaphragmatique de l'hypocondre gauche, et qui permit de circonscrire la masse charnue constituant la portion supérieure de la tumeur, vint prouver que c'était la rate qui était intéressée. Le kyste, placé en avant et en bas, s'était développé dans sa masse hypertrophiée; il était uniloculaire, et les bosselures, les différences de résistance des divers points de sa surface, constatées par la palpation, provenaient de la différence d'épaisseur des diverses parties de ces parois, variant de quelques millimètres à 4 ou 5 centimètres. La surface de la tumeur était sillonnée de vaisseaux, et partagée en arrière par un tronc veineux volumineux, de 1 centimètre et demi de diamètre.

Malgré l'étendue donnée à l'incision, l'extraction immédiate de la tumeur en totalité était rendue impossible par la situation, et il fallut songer à l'extraire en plusieurs parties.

D'abord des ligatures furent successivement appliquées sur les diverses branches de l'artère splénique, de manière à circonscrire et à isoler la position de la rate qui portait le kyste; la veine volumineuse, étendue sur sa face postérieure, ayant été préalablement liée le plus près possible de son embranchement dans la veine splénique, la partie inférieure de la tumeur fut réséquée, sans que cette section donnât lieu à aucune hémorrhagie.

Il ne restait plus dès lors que la partie supérieure de la tumeur, constituée par le tiers environ de la masse totale de la rate hypertrophiée, laquelle était devenue accessible. Or, il était impossible de la conserver, quand bien même sa structure n'eût subi aucune altération. Voici comment il fut procédé à son extraction :

Préalablement, quatre ligatures métalliques furent soigneusement placées sur l'épiploon gastro-splénique, aussi près que possible de la rate; suivant toutes les vraisemblances, ces ligatures devaient comprendre tous les vaisseaux et éloigner tout risque d'hémorrhagie. Cependant, pour plus de sûreté, les portions restantes ne furent extirpées que par leur destruction successive au moyen de la cautérisation au fer rouge, après les avoir étreintes dans un clamp spécial et conçu en vue d'obtenir, par l'étranglement des tissus, des eschares linéaires. Ces cautérisations successives atteignirent les limites les plus élevées du parenchyme splénique placé au-dessous des ligatures, si bien qu'elles en intéressèrent les dernières parties et qu'il ne resta aucun vestige du tissu de la rate. Les quatre fils métalliques furent alors coupés ras et laissés dans la cavité de l'abdomen.

Il n'avait pas été perdu 100 grammes de sang; aucune portion du liquide kystique n'avait été épanchée dans l'abdomen; néanmoins, la cavité péritonéale fut nettoyée et épongée avec soin, ainsi que les anses intestinales; après quoi, la plaie fut fermée par neuf ligatures métalliques placées à une assez grande distance des lèvres de l'incision et intéressant le péritoine pariétal, et par cinq sutures entortillées sur les points béants entre ces ligatures.

Pendant toute l'opération, dont la du-

rée avait été d'un peu plus de deux heures, la malade avait été maintenue dans un état d'insensibilité parfaite, dont elle ne sortit qu'au bout d'une demi-heure de soins. Sauf des vomissements, déterminés par le chloroforme et qui cessèrent le troisième jour, il n'y eut aucun accident : pouls normal, à 80, 90; ventre insensible, sans météorisme; fonctions digestives en bon état. Le troisième jour, les sutures entortillées furent enlevées, et les ligatures métalliques le cinquième ; elles furent remplacées par une suture sèche collodionnée. Dès le huitième jour, la cicatrisation était parfaite et la malade pouvait sortir de son lit ; les règles paraissaient le même jour, en avance. Le dixième, il fut impossible de l'empêcher de sortir ; on la descendit au jardin, et elle put remonter seule les deux étages qui conduisaient à sa chambre. Le lendemain, il survint, à la suite d'une frayeur, des accidents, mais qui ne compromirent pas la guérison. L'opérée a été présentée à l'Académie de médecine, le 19 novembre.

Sans entrer dans aucun détail sur l'examen de la tumeur après l'opération, ni dans aucune réflexion relativement, soit aux difficultés du diagnostic des tumeurs abdominales, dont ce cas est un nouvel exemple, soit à la manière si remarquable dont l'opération a été conduite à bonne fin, soit aux conséquences physiologiques à déduire d'un tel fait, nous nous bornerons à faire remarquer que, d'après les recherches de M. Magdelain, interne du service de M. Péan, la splénotomie, ordinairement suivie de succès dans les cas de traumatisme, est loin d'avoir donné d'aussi bons résultats dans ceux où l'opération a été entreprise pour des maladies de cet organe ; sur six faits relevés, en effet, dont quatre de notre temps, celui de M. Péan est le second seulement où la guérison ait été obtenue. (*Union méd.*, n°s 141, 142, 144, 146.)

Bons effets du chanvre indien dans un cas de hoquet rebelle Le haschich, qui paraît être, fréquemment et avec avantage, employé aux usages médicaux par nos confrères d'Amérique et d'Angleterre, est loin d'être entré chez nous dans la pratique courante. Il est probable cependant, comme le font remarquer Trousseau et Pidoux, que, dans le traitement de certaines névroses, il rendrait des services que les autres stupéfiants seraient peut-être inhabiles à rendre. Aux divers cas que nous avons déjà enregistrés comme témoignant de la justesse de cette appréciation, nous ajouterons le suivant :

Il s'agit d'un hoquet rebelle qui s'est rencontré dans la pratique du docteur G. P. Salmon, de New-Lebanon, État de New-York Il persistait depuis cinq jours, résistant aux antispasmodiques, stimulants, etc.; l'administration de l'extrait de chanvre indien de Tilden, à la dose de huit gouttes répétée d'heure en heure, le fit disparaître complétement au bout de cinq heures.

Sans doute ce hoquet était idiopathique, point qui n'est pas spécifié dans la courte note que nous venons de transcrire. Quand, en effet, le hoquet se manifeste comme symptôme d'une autre maladie, il peut bien arriver, en raison du malaise auquel il donne lieu, qu'il réclame par lui-même l'emploi de moyens particuliers ; mais d'ordinaire, dans de telles circonstances, son traitement se confond avec celui de l'affection principale qui lui donne naissance. *Sublata causa, tollitur effectus.*

Le docteur Salmon dit avoir eu recours avec succès au même médicament pour combattre des accès d'asthme, l'hystérie, l'irritabilité nerveuse qui accompagne les désordres du côté de l'utérus. (*Amer. Journ. of med. sc.*, et *British med. Journ.*, 27 juillet.)

Thérapeutique des catarrhes du larynx. Elle est ainsi résumée par le professeur C. Gerhardt, d'Iéna. S'agit-il d'un de ces catarrhes généralement attribués à un refroidissement, mais qui reconnaissent pour le moins tout aussi souvent comme cause une température continuellement chaude et sèche, et dans lequel le laryngoscope démontre une tuméfaction également répartie, et une rougeur tirant sur le pourpre de toutes les parties de cette muqueuse : des inhalations d'un liquide presque indifférent, par exemple d'une très-faible dissolution de sel de cuisine (1/2 p. 100), suffisent souvent, pourvu qu'elles soient pratiquées fréquemment et d'une manière continue. Veut-on en outre combattre l'hyperémie et la tuméfaction, on fera bien de préférer une solution d'alun ou de tannin (1/2 à 1 p. 100).

A-t-on, en revanche, affaire à une de ces formes aiguës, accompagnées de raucité, mais plus encore de douleurs et de chatouillement, souvent

aussi de gêne dans la respiration, avec une tuméfaction de la muqueuse, qui est en proie à une sécrétion abondante, comme on les rencontre chez les buveurs, les tuberculeux, les scrofuleux et les syphilitiques, on aura recours à des insufflations de poudres astringentes (alun ou pierre infernale), ou même à l'application locale ou à l'aspersion d'une solution de nitrate d'argent (1 à 10 p. 100).

Dans les catarrhes qui surviennent chez des personnes que leur état appelle à fatiguer leur voix, un voyage à des bains remédie en première ligne à la cause d'irritation qui a prédisposé à la maladie et qui l'entretient : Ems, Selters et Soden sont alors tout à fait indiqués. Contre l'atonie musculaire, ou même la légère paralysie qui règne souvent alors dans le larynx, la liqueur d'ammoniaque caustique et celle d'ammoniaque anisée prise dans de l'eau sucrée sont d'autant plus utiles que, de même que la plupart des substances alcalines, elles exercent une propriété résolutive envers les mucosités.

Quand le catarrhe du larynx est entretenu par un vieux catarrhe bronchique, l'auteur ne connaît pas de remède plus efficace que l'inspiration d'huile essentielle de térébenthine, qu'il croit bien plus active, en pareil cas, que ne le sont le baume de Pérou, la myrrhe, le phellandrium et autres médicaments semblables.

Ce n'est que lorsque l'irritation qui détermine la toux est due à l'inflammation même du larynx que le professeur saxon regarde les narcotiques (poudre de Dower, extrait de jusquiame, extrait de belladone, etc.) comme indiqués à côté de la médication locale convenable.

Parmi plusieurs autres médicaments qui lui ont réussi dans telle ou telle forme de catarrhe du larynx, il en est un sur lequel M. Gerhardt veut pourtant attirer plus particulièrement l'attention : c'est le chlorate de potasse. Ayant eu à traiter une hémorrhagie du larynx chez un ancien syphilitique qui avait été traité par le mercure, hémorrhagie qui résistait au perchlorure de fer en inhalations, ainsi qu'à plusieurs autres médicaments, il eut recours avec succès au chlorate de potasse, qui amena la guérison de ce malade qui passait déjà pour phthisique. Dès lors, ce remède ne l'a jamais laissé en défaut auprès des catarrhes laryngés, fréquents chez les malades qui ont précédemment été soumis à un traitement mercuriel, ainsi que dans les cas où il y avait une desquamation évidente de l'épithélium. Que d'autres médicaments aient des indications dans des formes toutes spéciales de catarrhe du larynx, par exemple la pierre infernale et le sous-nitrate de mercure, quand cette affection est entretenue par les fréquentes éructations acides de malades atteints d'ulcères de l'estomac; les ferrugineux, dans la forme qui reconnaît pour cause l'anémie; etc., c'est ce que l'auteur ne rappelle qu'en passant, n'ayant nullement eu pour but, dans cet article éminemment pratique, d'épuiser les indications rationnelles du traitement de toutes les formes de catarrhe du larynx. (*Wiener med. Presse.*)

Application du sulfure de carbone à l'analgésie localisée. Pensant que le chloroforme, l'éther sulfurique, l'éther chlorhydrique, etc., n'agissent dans l'analgésie locale que par le froid déterminé par leur volatilisation, le docteur Duplessis conclut que, vu sa volatilisation plus prompte encore, le sulfure de carbone amènerait une réfrigération plus profonde et plus durable. L'expérience confirma cette opinion théorique, car, si le froid déterminé est plus douloureux, l'analgésie est plus profonde qu'avec les agents précités. L'auteur réussit de cette manière à enlever sans douleur une esquille de bois enkystée depuis deux mois, et qui se trouvait sous le tissu cellulaire sous-cutané; tandis qu'ayant voulu essayer de le faire en employant l'éther, il avait dû cesser, l'analgésie n'étant pas assez profonde pour annihiler la douleur de l'incision. Toutefois, l'éther avait suffi au but dans un cas où notre confrère vaudois, assisté du docteur Mœhrlen, avait opéré un névrôme très-douloureux. (*Bulletin de la Société de médecine vaudoise.*)

De la rosaniline comme réactif de l'huile de foie de morue. Nous devons signaler un article du docteur Jacobsen dans lequel ce docteur indique un moyen facile pour le pharmacien de reconnaître si l'huile de foie de morue que lui livre le commerce est de bonne qualité.

Le réactif qu'il conseille est la rosaniline. Il suffit d'en introduire un petit fragment dans l'huile à essayer, et de chauffer légèrement au bain-marie. Si

l'huile est véritablement de l'huile de foie de morue, on a immédiatement une coloration rose qui passe au rouge; si, au contraire, on n'a qu'un mélange de graisses liquides fournies par différents mammifères marins, non-seulement on n'a aucune coloration, mais il est impossible de faire dissoudre la rosaniline.

Voici les considérations qui ont amené le docteur Jacobsen à trouver ce réactif :

Il savait d'une part que la rosaniline donne une coloration rouge en présence des acides gras, libres; d'autre part, que l'huile de foie de morue n'agit que par la présence de ces acides qui n'existent pas dans les huiles que l'on rencontre souvent dans le commerce et qui ne sont que le mélange dont nous avons parlé plus haut, traité par des lessives de potasse et de soude. Le produit ainsi obtenu est très-limpide et a bonne odeur; toutes les apparences sont pour lui, mais il n'a aucune action. Le pharmacien devra donc rejeter toute huile ne donnant pas au moins la couleur rose par la rosaniline. (*Journal de pharmacie de Bruxelles.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Dilatation progressive du canal de l'urèthre chez la femme pour enlever les calculs Nous avons déjà communiqué à nos lecteurs plusieurs faits, empruntés à nos confrères anglais, MM. Bryant et Nunneley, d'où il résulte qu'il est possible d'extraire les corps étrangers, calculs ou autres, de la vessie, chez les femmes, sans autre opération que la dilatation de l'urèthre. M. le professeur Verneuil vient de rendre compte à la Société de chirurgie de plusieurs mémoires de M. Borelli (de Turin), parmi lesquels il en est un se rapportant à ce même objet.

Dans ce mémoire, M. Borelli fait d'abord remarquer que, chez la femme, l'ouverture du canal de l'urèthre et ce canal, dans toute son étendue, sont très facilement dilatables, puisqu'il lui a été possible d'introduire une tenette pour saisir un calcul de 5 centimètres sur 2 et demi ; toutefois, pour parvenir à extraire ce calcul, il avait été forcé de faire un triple petit débridement du col de la vessie Mais il croit que l'on peut se dispenser de ce débridement, si l'on a soin de dilater préalablement le canal.

M. Borelli a traité par ce procédé une femme de soixante ans, qui portait un calcul de 6 centimètres sur 4, lequel venait s'appliquer sur l'orifice vésical au moment de la miction, ce qui obligeait la malade, quand elle voulait uriner, à introduire son doigt dans le canal afin de le repousser. On commença par porter dans la vessie une pince à pansement que l'on fit sortir ouverte; puis, avec la pince à pansement, on mit le doigt; enfin on remplaça la pince par une tenette. Grâce à cette dilatation progressive, le calcul put être extrait sans débridement. Il y eut à la suite, pendant quelques jours, un écoulement de sang provenant d'une écorchure, puis tout rentra dans l'état normal.

En comparant ce fait avec ceux des chirurgiens anglais, et notamment avec ceux de M. Bryant, qui s'en rapprochent davantage (t. LXVI, p. 521), on remarquera qu'il semble y avoir une différence dans la manière de procéder. Celle de M. Borelli paraît être plus lente, plus graduée, plus progressive que celle du chirurgien de l'hôpital de Guy, qui donne la préférence à la dilatation rapide et en quelque sorte forcée du canal, comme exposant moins à une incontinence d'urine consécutive. (*Soc. de Chir.*, séance du 20 novembre.)

Grossesse extra-utérine; gastrotomie; guérison. Mrs. C***, âgée de trente cinq ans, n'ayant pas vu ses règles depuis quatre mois et demi, fut prise d'une péritonite aiguë dont les symptômes avaient perdu de leur intensité au bout d environ un mois, lorsque M. le docteur Hicks la vit pour la première fois. L'examen de l'abdomen fut très-difficile par suite de la sensibilité considérable dont il était le siége ; mais c'était surtout dans la région située à droite de l'ombilic que la malade accusait le plus de douleur. Dans cette partie on sentait une tumeur qui paraissait contenir une masse solide. A un examen ultérieur, une semaine après le premier, cette tumeur était devenue plus distincte, et la percussion faisait reconnaître la présence de gaz entre ses parois et le corps solide qui s'y trouvait renfermé. Huit jours plus tard, le gaz paraissait remplacé par du liquide; de la diarrhée avec évacuations putrides était

survenue, en même temps que des symptômes fébriles avaient reparu avec plus d'intensité. M. Hicks se décida alors à procéder à un examen plus rigoureux, après avoir placé la malade sous l'influence du chloroforme, afin de reconnaître s'il n'avait pas affaire à un kyste fœtal extra-utérin communiquant avec l'intestin, comme il l'avait pensé dès l'abord, et, dans le cas où sa supposition se trouverait confirmée, à voir s'il ne serait pas possible d'extraire le fœtus par une opération. Le chloroforme permit de constater facilement la réalité du fait. On délimita très-bien le kyste, ayant environ six pouces de diamètre, s'étendant du voisinage de l'ombilic au flanc droit, et ayant son centre sur la même ligne horizontale que la cicatrice ombilicale. Une incision fut faite couche par couche jusqu'au péritoine, qui fut trouvé adhérent au kyste. Celui-ci ayant été ouvert avec précaution, il s'en échappa aussitôt une grande quantité de gaz fétide, et l'on reconnut l'existence du fœtus. Après avoir élargi l'ouverture, qui fut portée à deux pouces d'étendue, en se guidant avec le doigt pour ne pas dépasser les limites de l'adhérence péritonéale, le chirurgien procéda à l'extraction du fœtus qui présentait le développement ordinaire à quatre mois et demi de gestation, et se trouvait en pleine décomposition; cette extraction fut faite à l'aide de la pince à faux germe; quelques côtes qui s'étaient détachées furent extraites séparément. Quant au placenta, qui était fortement adhérent au fond du kyste, il fallut l'abandonner, sauf à l'extraire plus tard et partie par partie. Après avoir lavé l'intérieur du kyste avec la solution de Condy diluée, une suture métallique, susceptible d'être enlevée au besoin, fut appliquée à la partie moyenne de la plaie. Le placenta se détacha par portions, à l'état de décomposition, dans l'espace de cinq jours, après quoi la sécrétion putride fit place à la suppuration, et au bout de quinze jours, pendant lesquels des injections quotidiennes furent poussées dans la cavité du kyste, toute trace de fétidité avait disparu. A l'aide d'un tampon assujetti par une bande, on comprima le kyste de manière à empêcher le pus d'y séjourner et à en favoriser l'écoulement. Grâce à ce moyen, cinq semaines après, les parois adhéraient l'une à l'autre, et quinze jours plus tard la plaie était fermée. La santé de la malade s'était améliorée avec rapidité; des vomissements fréquents et pénibles, dont elle était tourmentée, avaient disparu immédiatement après l'opération. Deux mois après celle-ci, l'opérée pouvait commencer à se lever un peu, et sa santé ne tarda pas à se rétablir d'une manière complète. (*Soc. obstétr de Londres*, in *British med. Journ.*, 10 août.)

VARIÉTÉS.

Séance annuelle de l'Académie de médecine.

Le mardi 17 décembre a eu lieu la séance annuelle de l'Académie de médecine. M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, a fait lire son rapport général sur les prix ; on verra, par la liste des lauréats, que ce sont nos confrères de la province, et surtout les professeurs des écoles secondaires, parmi lesquelles il faut citer Bordeaux et Poitiers, qui ont eu la plus belle part. M. Béclard a prononcé l'éloge de Rostan. Deux fois, cette année, la vie de notre regretté maître a été retracée publiquement : à la Faculté, par M. Béhier ; à l'Académie, par M. Béclard. Le premier avait surtout cherché à montrer l'influence que l'enseignement de Rostan et sa doctrine de l'organicisme ont exercée sur l'école de Paris ; le second s'est attaché particulièrement au côté privé, anecdotique, on peut dire. Rostan, doué des plus brillantes qualités qui séduisent et attirent au premier abord, se prêtait merveilleusement à cette esquisse, et M. Béclard a su en tirer parti. La postérité commence pour Rostan ; mais, plus heureux que bien d'autres, il s'est vu apprécier à sa juste valeur par ses contemporains.

PRIX DE 1867.

Prix de l'Académie. — « Histoire clinique des tumeurs fibro-plastiques. » De la valeur de 1,000 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Lanelongue, chirurgien adjoint des hôpitaux, à Bordeaux.

Prix Portal. — « Des diverses espèces de mélanoses. » De la valeur de 1,000 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur V. Cornil, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, et à M. L. Trasbot, chef de service à l'Ecole d'Alfort.

Prix Bernard de Civrieux. — « De la démence. » Ce prix n'a pas été décerné.

Prix Barbier. — De la valeur de 4,000 francs. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 3,000 francs à M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse), pour son travail ayant pour titre : *Considérations pratiques sur l'uranoplastie appliquée aux divisions congénitales de la voûte palatine.*

Prix Capuron. — « Faire connaître les altérations que subissent les enfants qui séjournent un temps plus ou moins long dans la cavité utérine, après leur mort. Indiquer, s'il est possible, par la nature de ces altérations, l'époque à laquelle il faut faire remonter cette mort. » De la valeur de 1,000 francs. Décerné à M. Louis Sentex, chef interne à l'hôpital Saint-André (à Bordeaux).

Prix Amussat. — De la valeur de 1,000 francs. Décerné à M. le docteur Magitot, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Recherches expérimentales et thérapeutiques sur la carie dentaire.*

Prix Itard. — L'Académie décerne : — 1° Un prix de 2,000 francs à M. le docteur Morel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), pour son *Traité des maladies mentales* et ses *Etudes sur les races humaines* ; — 2° Un prix de 1,000 francs à M. le docteur Dutroulcau, ancien médecin en chef de la marine, pour son *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds* ; — 3° Des mentions honorables à : M. le docteur Foley (de Paris), pour son travail intitulé : *Du travail dans l'air comprimé* ; — M. le docteur Giovanni Polli, de Milan (Italie), pour son travail sur la *Thérapie sulfitique* ; — M. le docteur Armand Després (de Paris), pour son *Traité de l'érysipèle.*

Prix Godard. — De la valeur de 1,000 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Chedevergne, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers, pour son travail intitulé : *Des fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire.* — Elle accorde : — Une première mention honorable à M. le docteur J. Daudé, de Marvejols (Lozère), pour son *Essai pratique sur les affections du médiastin* ; — Une deuxième mention honorable à M. Larcher, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire intitulé : *Contribution à l'histoire des polypes fibreux intra-utérins.*

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1866.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder : — 1° Un prix de la valeur de 1,500 francs, partagé entre : M. le docteur Cayrel, à Toulouse (Haute-Garonne) ; M. le docteur Bonnardon, à Vizille (Isère) ; Mme Bachelier, sage-femme à Châtellerault.

2° Des médailles d'or à : MM. les docteurs Barbereau, à Commentry (Allier) ; Catel, à Saint-Dizier (Haute-Marne) ; Fouquet, à Vannes (Morbihan) ; Calvet, à Carcassonne (Aude).

2° Cent médailles d'argent à cent vaccinateurs, médecins et sages-femmes qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des

travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales : — 1° Rappel de médailles d'argent à : M. de Laurès, médecin inspecteur des eaux de Néris (Allier). — M. Verjon, médecin inspecteur adjoint des eaux de Plombières. — M. Tillot, médecin inspecteur des eaux de Saint-Christau. — M. Roubaud, ancien médecin inspecteur des eaux de Pougues. — M. Cabrol, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. — M. Patézon, médecin inspecteur des eaux de Vittel (Vosges).

2° Des médailles de bronze à : M. Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage (Isère). — M. de Pietra-Santa. — M. Bertillon, médecin inspecteur des eaux d'Ussat (Ariége). — M. Batbédat (François), médecin inspecteur des eaux de Préchaque (Landes). — M. Billout, médecin inspecteur des eaux de Saint-Gervais.

3° Des médailles de bronze à : M. Armieux, médecin des hôpitaux militaires à Baréges. — M. Martin, médecin en chef de l'hôpital militaire à Baréges. — M. Arrat-Balous, pour son excellent rapport sur les eaux d'Eugénie-les-Bains. — M. Kuhn, médecin inspecteur des eaux de Niederbronn (Bas-Rhin).

4° Des mentions honorables à : M. Montagnan, médecin inspecteur des eaux de Capvern (Hautes-Pyrénées). — M. Millet (d'Orange), médecin inspecteur des eaux de Montmirail (Vaucluse). — M. Logerais, médecin inspecteur des eaux de Pougues (Nièvre).

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1866 : 1° Une médaille d'or à M. le docteur Piedvache, de Dinan (Côtes-du-Nord), qui, ayant depuis longtemps épuisé les récompenses que décerne l'Académie, n'en continue pas moins à lui adresser d'utiles travaux.

2° Des médailles d'argent à MM. les docteurs Coural, de Saint-Chinian (Hérault); Narbonne, de Narbonne (Aude); Monteils-Pons, de Florac; Bocamy, de Perpignan; Chevance, de Wassy (Haute-Marne); Danvin, de Saint-Pol (Pas-de-Calais); Bouteiller, de Rouen.

3° Rappel de médailles d'argent à MM. les docteurs Bancel, de Toul (Meurthe); Mignot (Antoine), de Chantelle (Allier); Martin-Duclaux, de Villefranche (Haute-Garonne); Penant, de Vervins (Aisne); Fouquet, de Vannes; Le Bèle, du Mans; Masse, médecin militaire à Blidah (Algérie).

4° Des médailles de bronze à MM. les docteurs Perny, médecin-major de 1re classe; Cottin, de Montfort (Ille-et-Vilaine); Debrou, d'Orléans; Nève, de Bar-le-Duc; Allaire, de Thionville; Guillemand, de Louhans; Gevrey, de Vesoul.

5° Des mentions honorables à MM. les docteurs Bertrand, de Besançon; Grémaud, de Poligny (Jura); Dupouy, de Bascons (Landes); Poussié, de Marvejols (Lozère); Béraud, de Carpentras (Vaucluse); Mottard, de Saint-Jean de Maurienne (Savoie); Daniel, de Brest; Loysel, de Cherbourg.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1868.

Voici les questions proposées par l'Académie :

Prix de l'Académie. — « Des épanchements sanguins dans l'épaisseur des tissus. » — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Portal. — « Des tumeurs de l'encéphale et de leurs symptômes. » — De la valeur de 600 francs.

Prix Bernard de Civrieux. — « Des phénomènes psychologiques avant, pendant et après l'anesthésie provoquée. » — De la valeur de 800 francs.

Prix Capuron. — « Du traitement des affections utérines par les eaux minérales. » — De la valeur de 1,500 francs.

Prix Barbier. — Ce prix, qui est annuel, sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à

ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix Orfila. — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante : « De la digitaline et de la digitale. — Isoler la digitaline; — rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitale et celle de la digitaline — Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement ? — Quels sont les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu ? — *Jusqu'à quel point* et dans *quelle mesure* peut et doit être invoquée l'expérimentation des matières vomics sur les animaux, de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de l'analyse, comme *indice* ou comme *preuve* de l'existence du poison et de l'empoisonnement ? » — Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

Prix Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie interne. — Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1867.

Prix de l'Académie. — « Des maladies du cervelet. » — De la valeur de 1,000 francs.

Prix Portal. — « De la sclérose dans les différents organes. » — De la valeur de 600 francs.

Prix Bernard de Civrieux. — « Faire l'histoire clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs, et l'étudier spécialement au point de vue thérapeutique. » — De la valeur de 1,000 francs.

Prix Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 5,000 francs.

Prix Capuron. — « Du retour de l'utérus à l'état ordinaire après l'accouchement. —Applications médico légales des résultats de cette étude à la détermination du temps depuis lequel une femme est accouchée. »— De la valeur de 1,500 francs.

Prix Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur travail sur la pathologie externe. — Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Lefèvre. — « De la mélancolie. » — De la valeur de 2,000 francs.

Prix d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, pendant cette cinquième période (1863 à 1868), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires. — Ce prix sera de la valeur de 8,000 francs.

Par décret en date du 12 décembre 1867, M. Sappey, docteur en médecine, a été nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Jarjavay, appelé à une chaire de clinique.

M. Verneuil, docteur en médecine, a été nommé professeur de pathologie chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Richet, appelé à une chaire de clinique.

M. Morel, docteur en médecine, a été nommé professeur d'anatomie et anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Erhmann, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le baron Hippolyte Larrey vient d'être nommé membre associé de l'Académie, en remplacement de M. Civiale, décédé.

MM. Demarquay et Hérard viennent d'être nommés membres de l'Académie impériale de médecine.

A la suite d'un brillant concours, ont été nommés médecins des hôpitaux de Bordeaux, MM. Negrié, Vergely, Solles et Gyoux.

Le concours pour deux places de médecin des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. Soulié et Faure.

Le concours pour les hôpitaux de Grenoble s'est terminé par la nomination de M. Allard (Félix), ancien interne de Lyon, comme chirurgien titulaire ; de MM. Corcellet et Turrel, comme chirurgiens suppléants ; de MM. Bisch et Berthollet comme médecins suppléants.

Prix de l'internat. — *Première division* : Médaille d'or, M. Hayem. — Accessit, M. Delens. — Première mention, MM. Andhoin, Monod et Gadaud. — Deuxième mention, MM Peruchot, Farabœuf et Larcher.

Deuxième division ; Médaille d'argent, M. Féllzet. — Accessit, M. Prompt. — Première mention, MM. Jolly et Landrieux. — Deuxième mention, MM. Hybord (Albert), Lucas-Championnière.

Concours. — Le concours pour l'internat aux hôpitaux de Paris vient de se terminer. Ont été nommés :

Internes : 1 Richelot, 2 Curtis, 3 Grancher, 4 Monod, 5 Muron, 6 D'Espine, 7 Humbert, 8 Bax, 9 Culot, 10 Ducastel, 11 Picot, 12 Blanquinque, 13 Flamain, 14 Thaon, 15 Geoffroy, 16 Bloch, 17 Labadie-Lagrave, 18 Hubert Valleroux, 19 Malassez, 20 Calmettes, 21 Rosapelly, 22 Demeules, 23 Villard, 24 Deshayes, 25 Chaume, 26 Cot, 27 Pomiez, 28 Sénac, 29 Huchard, 30 Cornillon, 31 Bassereau, 32 Peltier, 33 Frémy, 34 Lordereau, 35 Guibal, 36 Tribes, 37 Langlet, 38 Kerguistel, 39 Lassalas, 40 Martin (Gustave).

Internes provisoires : 1 Casteran, 2 Sevestre, 3 Lagrelette, 4 Spilmann, 5 Schlumberger, 6 Suchard, 7 Visca, 8 Filhol, 9 Barthélemy, 10 Dehove, 11 Lamblin, 12 Renauld, 13 Rigaud, 14 Lepiez, 15 Charpentier, 16 Pozzi, 17 Gehevender, 18 Briand, 19 Barety, 20 Bonamy, 21 Chaland, 22 Dumaz, 23 Magnin, 24 Decormières, 25 Defolx, 26 Abadie, 27 Chénieux, 28 Geslin.

Nous apprenons la mort de M. le docteur Lafargue (de Saint-Emilion), qui avait le premier, bien avant la découverte de la méthode hypodermique, proposé l'inoculation des sels de morphine Son travail parut en 1836 dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

On peut dire qu'il a été le précurseur de cette méthode si utile à laquelle sont liés d'une façon indissoluble les noms de Wood et Béhier.

Pour les articles non signés, F. BRICHETEAU.

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE-TREIZIÈME VOLUME.

A

D

E

F

G

H

I

U

V

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-TREIZIÈME.



Paris. — Typographie HENNUYER ET FILS, rue du Boulevard, 7.